

Katedra pedagogiky Filozofické fakulty Univerzity Karlovy

**Sociálně pedagogická péče v o dítě v azylovém domě**

*Social pedagogic care of child in the „asyl house“*

Diplomová práce

Vypracovala: Jana Palacká

Studijní obor: pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Lorenzová, Ph.D.

Praha 2007

**Prohlašuji,**

že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem k tomu využila prameny a literaturu uvedenou v seznamu.

**Děkuji** vedoucí diplomové práce PhDr. Jitce Lorenzové, Ph.D. za odborné rady a trpělivé povzbuzování, také MUDr.Eleně Turnovské, ředitelce Azylového domu Přemysla Pittra pro děti za sdělené profesní zkušenosti a za poskytnutí materiálů zařízení potřebných k vypracování práce.

## **Obsah:**

### **I. část**

<b>Úvodem.....</b>	<b>1</b>
<b>I. Dítě v obtížné životní situaci.....</b>	<b>3</b>
Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.....	5
1. Deprivované dítě.....	7
2. Syndrom týraného dítěte.....	13
3. Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte.....	17
<b>II. Péče o děti týrané, zneužívané a zanedbávané.....</b>	<b>22</b>
1. Vývojové tendence problému.....	23
2. Návrhy na řešení problému.....	24
A) Dětské krizové centrum .....	24
B) Formy krizové intervence.....	27
C) Systém pobytových služeb pro děti v obtížné životní situaci.....	29

### **II. část**

<b>III. Vymezení pojmu „azylový dům pro děti“.....</b>	<b>37</b>
<b>IV. Azylový dům Přemysla Pittra pro děti.....</b>	<b>42</b>
<b>V. Standardy kvality sociálních služeb a AD Přemysla Pittra.....</b>	<b>47</b>
<b>VI. Struktura organizace.....</b>	<b>53</b>
<b>VII. Reflexe metodiky sociálně pedagogické práce s klienty v AD Přemysla Pittra pro děti.....</b>	<b>56</b>
1. Obecná východiska poskytované pomoci.....	56
2. Metodika práce s klientem.....	61
3. Případová studie – Honza.....	76
<b>VIII. Supervize v zařízení.....</b>	<b>80</b>
<b>IX. Hodnocení AD Přemysla Pittra.....</b>	<b>85</b>
Závěrem .....	89
Seznam literatury	
Přílohy	

## **I. část**

## Úvodem

Při výběru tématu diplomové práce mě ovlivnily dvě skutečnosti. Jednou z nich je situace v naší zemi. Česká republika je považována za „zemi ústavní péče“. Stále se v ústavní péči nachází mimořádné množství dětí. Za vysoký počet odebíraných dětí Česko kritizoval i Výbor pro práva dítěte OSN. Ať si prošlo dítě čímkoli, bez ohledu na to, je stále nejčastějším řešením jeho umístění v některém z ústavních zařízení (kojenecké ústavy, diagnostické ústavy, dětské domovy atd.). Ministerstvo práce a sociálních věcí podporuje koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících jeho sociální začlenění do společnosti. K této situaci se přidává také bezmocnost jednotlivých institucí při řešení situace, kdy se objeví dítě týrané nebo zneužívané.

Druhým motivem, který ovlivnil tento můj výběr, byla skutečnost mého zaměstnání v azylovém domě pro děti. Tři roky jsem se podílela na budování nového typu zařízení na Praze 6. Protože azylový dům pro děti není zařízením obvyklým, ale relativně novým, přináší to sebou řadu koncepčních otázek. Proto tuto práci přijímám i jako cestu dalšího přemýšlení nad smysluplností a kvalitou této nově vznikající služby.

Pro své hledání jsem využila dostupné odborné literatury s převážným zaměřením na teorii a metody sociální práce a psychoterapie, dále publikace pojednávající o dětech se syndromem CAN. Použila jsem i některé právní dokumenty a snažila se zařízení uchopit na základě koncepcí sociálních služeb vytvořených Ministerstvem práce a sociálních věcí. Užitečné byly materiály některých nestátních zařízení zaměřených na problematiku dětí a rodin v obtížné životní situaci. Nezbytným zdrojem byla vlastní sociálně pedagogická praxe v Azylovém domě Přemysla Pittra pro děti.

Cílem mé práce je přiblížit problematiku dětí v obtížné životní situaci, zejména pak dětí se syndromem CAN. Poukázat na požadavky na pomoc této skupině klientů a na její prozatímní nedostatečnost a to zejména ve smyslu nekomplexnosti služeb a obhájit tak nutnost zakládání nových typů pobytových zařízení rodinného typu se zdůrazněním úsilí o návrat dítěte do rodinného prostředí. Představením Azylového domu Přemysla Pittra pro děti, po stránce metodické a koncepční, bych ráda nabídla alternativu k ústavním zařízením, zejména pak k diagnostickým ústavům.

Práce je členěna na dvě části. V první části specifikuji skupinu dětí, které se mé práce týká, tedy děti v obtížných životních situacích. Zvláštní pozornost věnuji syndromu CAN. V další kapitole se zamýšlím nad požadavky na péči o takto poškozené děti, předkládám vývojové tendence v přístupu k této problematice a současné možnosti jeho řešení v České republice. První část zakončuji výběrem ze systému pobytových zařízení určených pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Druhá část má za úkol představit fungující zařízení – Azylový dům Přemysla Pittra pro děti jako alternativu péče v ústavních zařízeních. Nejprve jsem se pokusila o vymezení typu zařízení a služby. Teprve potom podávám základní charakteristiku zmíněného azylového domu pro děti. K tomu přikládám pohled na něj z perspektivy procedurálních standardů kvality sociální práce a popis jeho struktury s jednotlivými pracovními náplněmi. Nejrozsáhlejší kapitolou je pokus o reflexi metodiky sociálně pedagogické práce s klienty v tomto azylovém domě. Tuto kapitolu doplňuji kapitolou o supervizi, jako o nezbytném předpokladu kvalitní péče o dítě v procesu pomoci. Práci zakončuji vlastním zhodnocením představeného zařízení a shrnutím mého stanoviska k problematice.

## I. Dítě v obtížné životní situaci

### Příběh Milana

*Milan se narodil do konfliktního manželství. Jedním z důvodů hádek manželů byla i neschopnost matky postarat se o syna. Když byly Milanovi asi dva roky, odešla po jednom z konfliktů matka s chlapcem z domova a požádala o rozvod. Malý Milan žil s matkou střídavě u babičky, různých partnerů matky a ubytovnách. Do 6 let věku byl Milan v pravidelném kontaktu s otcem. Ten si všímá, že je Milan ustrašený a má problémy s udržením stolice. Milan se pravidelně pokálel i pomočoval během dne (např. při hře) i v noci. Stále se na všechno ptal (dovoloval). Při upozornění otce na stav syna matka vše popřela a tvrdila, že se takovým způsobem Milan projevuje pouze v jeho přítomnosti. Milan se otci svěřil, že ho matka doma straší. Matka se s Milanem odstěhovala daleko od bydliště otce, kontakt se synem byl tedy stále méně častější. Matka s dítětem začala bydlet u dalšího přítele. Začala Milana navádět proti otci a přesvědčovat ho o jeho nezájmu o Milana. Ve 12 letech Milana si sousedé všimli nepřiměřeného zacházení s chlapcem a ohlásili to příslušnému orgánu sociálně právní ochrany. Později byla rodina vyšetřována policií a to z důvodu popálenin a modřin na těle Milana. Po šetření v novém domově chlapce se ukázalo, že Milan neměl ani vlastní pokoj. Spával na zemi vedle postele nemocné matky přítele. Neměl vlastní hračky. Musel těžce pracovat, starat se o řadu domácích zvířat (např. nosíval těžké kýble zbytků jídla pro prasata). Ve škole neměl nikdy svačtinu, obědy mu matka nezaplatila. Matka hovoří o svém synu jako o problémovém a neschopném dítěti. Pravidelně ho posílá do psychiatrické léčebny kvůli pomočování a pokálení. V dalším sledu matka otěhotněla a přestává mít o Milana zájem.*

Příběh chlapce Milana předznamenává, o jakém dítěti, nebo přesněji o dítěti v jaké životní situaci, budu v mé práci hovořit. Odborníky a praktiky je užíváno několik termínů.

„**Děti ve zvlášť obtížných situacích**“ je pojem, který je součástí terminologie „Světové deklarace o přežití dětí, jejich ochraně a rozvoji“ z roku 1990<sup>1</sup>. V paragrafu 22 zmíněné deklarace jsou k tomuto pojmu výslovně vztaženi „sirotci, děti ulice, děti uprchlíků, přesídlenci, oběti válek a přírodních a lidmi způsobených katastrof, děti migrujících dělníků nebo děti žijící v jiných sociálně znevýhodněných skupinách, pracující děti, děti a mladí lidé uvězněni v pasti prostituce, pohlavního zneužívání a jiných forem vykořisťování, invalidní děti, adolescentní provinilci, oběti apartheidu a cizí okupace“. Těmto různorodým ohrožujícím situacím je společné především to, že se týkají způsobu života jedinců, rodin, sociálních skupin a jejich prostřednictvím také dětí. Dalším důležitým společným znakem je, že si tyto situace děti nevolí svobodně, ale jsou do nich vrženy a většinou není v jejich silách

---

<sup>1</sup> Matoušek, 2003, str. 201



se z těchto podmínek vymanit. Obdobný význam mívají i pojmy „**děti v nouzi**“, „**děti se zvláštními (speciálními) potřebami**“, „**ohrožené děti**“<sup>2</sup>. K těmto pojmům se řadí i pojem „**syndrom CAN**“ (Child Abuse and Neglect) – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Jiným užívaným pojmem je „**sociálně maladaptované děti a mladiství**“<sup>3</sup>. Pojem je užíván jako širší označení pro skupinu dětí a adolescentů, kteří jsou ve vývoji poškozeni a to především v oblasti sociálního života. U takových dětí se objevují výchovné potíže, poruchy v sociálních vztazích i v adaptaci na okolní svět v takové míře, že jejich chování se vymyká běžné normě a běžně vede k selhávání školnímu, sociálnímu i morálnímu. Zdroje těchto jejich potíží jsou především v sociálním prostředí. Podmíněnost poruch sociální maladaptace bývá multikauzální. Sociální maladaptace má řadu „**predisponujících zdrojů**“<sup>4</sup>. Patří mezi ně celospolečenské faktory (změny ve společnosti, rozpady rodin, zkreslující svět masových médií, rozpory mezi generacemi, rozpady hodnot atd.). Dále jsou to individuální predispozice jedince, rodinné predispozice (selhání rodiny při péči o dítě, výchovný styl), predispozice ekologické (např. životní prostředí městských sídlišť), kulturní a sociální predispozice (škola, internát, vrstevníci, média atd.), predisponující životní okolnosti (nemoc či úmrtí v rodině, konflikty v rodině, neúspěchy ve škole, zkušenost zneužití, rozvod rodičů atd.), predisponující situace (dostupný alkohol atd.)<sup>5</sup>. Uvedené dimenze nepůsobí izolovaně. Vytvářejí složité interakční vazby a vzájemně se posilují. Poruchy mohou mít různou symptomatologii, která se může měnit v čase. Projevů sociální maladaptace je mnoho. Nepříznivá sociální situace podmiňuje vznik řady nemocí a celkově zhoršuje zdravotní stav dítěte (**tzv. nová morbidita**). Ukazatelem bývají i školní obtíže jako jsou psychomotorický neklid, neurotické projevy, sociální izolace, opakovaný neúspěch, hyperaktivita a jiné. Při dlouhodobém nedostatečném uspokojování základních psychických potřeb dítěte vzniká **psychická deprivace**. Projevuje se sociální izolací, emoční plochostí, agresivním chováním, chováním provokativním, dále se objevuje např. vymáhání pozornosti dospělého, neklid, ubližování, přejídání, narcistické tendence a další. U mnoha dětí vyrůstajících sice v rodinách, ale s problémovými vztahy mezi nimi a rodiči, se projevuje

---

<sup>2</sup> Tamtéž, str. 202

<sup>3</sup> Dunovský, 1999, str. 151

<sup>4</sup> Dunovský 1999, str. 152

<sup>5</sup> Srov. Tamtéž, str. 152

**tzv. psychická subdeprivace.** Deprivační symptomy u těchto dětí jsou méně výrazné. K projevům maladaptivity patří i **poruchy chování**. Jsou to např. lhavost, útoky z domova, krádeže, šikanování, agresivní chování, vyhledávání nebezpečných situací a další. Nejtěžším projevem jsou různé formy sebepoškozování<sup>6</sup>.

Dalším užívaným pojmem jsou **“děti vyžadující okamžitou pomoc”**. Tento pojem je užíván v Zákoně č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí. Jedná se o dítě, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy. Dále jde o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. (§42 Z. č. 359/1999 Sb.).

Vzhledem k záměru mé práce se podrobněji zastavím u tzv. syndromu CAN. Neboť právě tyto děti bývají nejčastější skupinou klientů azylového domu pro děti. Navíc bych ráda zdůraznila aktuálnost vytváření funkčního systému péče pro tyto děti, dodnes ještě nedostačujícího. Právě tato skupina dětí nese často negativní důsledky neprofesionálního zásahu.

### **Syndrom CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte**

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte je definován jako **„poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné“**<sup>7</sup>. Jde o soubor negativních důsledků špatného zacházení s dítětem. To může vzniknout aktivním ubližováním, nebo nedostatečnou péčí, kdy dítě není uspokojováno v základních životních potřebách. Jde o poškození vzniklé týráním, zneužíváním, zanedbáváním. Různé způsoby ubližování vedou k různým důsledkům. Dítě nejčastěji poškozují rodiče nebo další členové rodiny. Zanedbávání i týrání mohou být vystaveni chlapci i děvčata. Vymezení počtu obětí je těžké zejména pro skrytost a utajenost tohoto jednání.

**Zanedbání dítěte** vzniká v důsledku nedostatečného uspokojování potřeb dítěte a to hlavně ze strany rodičů. Zanedbávání lze charakterizovat jako strádání, deprivaci.

---

<sup>6</sup> Srov. Tamtéž, str. 154

<sup>7</sup> Vágnerová, 2004, str. 593

Zanedbávajícími **rodiči** bývají většinou lidé, kteří nemají dostatečné rodičovské kompetence. Nejsou schopni nebo nemůžou se o dítě starat. Patří k nim např. mentálně postižení, somaticky či psychicky nemocní, jedinci s poruchou osobnosti, závislí na alkoholu či jiných návykových látkách, lidé se zkušeností vlastní citové deprivace. Zanedbávání se dále mohou dopouštět lidé bez dostatečné rodičovské motivace, rodiče příliš zaujati svými problémy či zájmy.

Jaké **děti** jsou zanedbáváním ohroženy? Jsou to děti, které nedovedou své rodiče zaujmout např. pro svou pasivitu, apatii, nenápadnost. Dále děti, které jsou nějak znevýhodněné, proto méně žádoucí, např. děti postižené nebo nemocné.

Zvýšené riziko **týrání dítěte** je v rodinách, kde jsou vztahy mezi jejími členy narušeny nedostatečnou komunikací, netolerancí, odmítáním. Členové těchto rodin nejsou schopni kooperovat při řešení problémů, nepodporují se vzájemně, převažuje napětí, vše se většinou řeší násilným způsobem. Rodina není schopna zvládat své projevy. Nakumulované napětí se pak projevuje agresí vůči dítěti. Dítě se stává obětí této dysfunkce. V případě týrání a zneužívání nejde o kvantitativní odchylku, ale o patologickou změnu, kvalitativní odlišnost od normy. Tímto způsobem jsou více ohroženy děti, které dospělé nějakým způsobem provokují, nadměrně vyčerpávají. Takové děti mohou působit dojmem, že rodiče dráždí úmyslně. Spouštěčem násilného chování mohou být i situační faktory. Typickou variantou je tzv. Medein komplex, kdy jeden partner trestá druhého prostřednictvím dítěte.

Týrajícími **rodiči** mohou být lidé, kteří se neumějí dostatečně ovládat, se zvýšeným sklonem reagovat násilím. Může se jednat o jedince s anomálním vývojem osobnosti, duševně nemocné, alkoholiky, toxikomany. Pro tyto osoby je typická nezdrženlivost, dráždivost, výbušnost, citový chlad. Často pocházejí z dysfunkčních rodin. Dále to mohou být rodiče soustředění na své problémy a zájmy, které dítě nadměrně zatěžují. Toto riziko se zvyšuje v situacích, kdy jsou sami nadměrně stresováni a nedostává se jim patřičné emoční podpory. Do skupiny týrajících rodičů mohou patřit lidé, kteří o dítě obecně nestojí, dítě je jim na obtíž. Dítě je z pohledu takového rodiče primárně špatné, jeho negativní projevy považuje za vrozené, trvalé, všechno pozitivní pak přičítají výchově (viz náš chlapec Milan). Tyrany se mohou stát lidé se zvýšenou potřebou moci nad dítětem, která slouží jako kompenzace např. pocitů méněcennosti, vlastní nejistoty. Patří sem např. rodiče dlouhodobě nezaměstnaní, s neuspokojivým osobním životem. K rizikové skupině rodičů patří dále lidé s negativní zkušeností z dětství, kteří byli sami zanedbáváni, týráni nebo

tvrdě fyzicky trestání. Týrajícím bývá častěji muž, otec vlastní nebo nevlastní. Matky bývají spíše pasivními účastnicemi.

**K dětem**, které bývají týrány, patří děti, jejichž chování je nesrozumitelné a jejichž výchova bývá náročnější. Jde např. o děti úzkostné, které provokují svou ustrašeností, děti neslyšící nebo mentálně postižené. Dále děti, které své rodiče nadměrně zatěžují, dráždí, vyčerpávají, vyvolávají odpor. Např. děti hyperaktivní, děti nemocné, děti s obtížným temperamentem, u kterých převažuje negativní emoční ladění, sklon k afektům. Také děti nesplňující očekávání svých rodičů, děti postižené, nehezké, sociálně neobratné, nešikovné. Děti, které vymáhají uspokojování svých potřeb provokujícím chováním.

**Sexuální zneužívání** je definováno jako využití dítěte pro sexuální uspokojení dospělého. Zneužívajícími **dospělými** jsou především muži, ženy jsou aktéry zneužívání vzácně. Může se jednat o muže s odlišným sexuálním zaměřením (pedofilní). Rovněž se může jednat o muže morálně narušené nebo sexuálně nevyzrálé, trpícími poruchou osobnosti, muži, kteří ztrácejí schopnost kontroly pudového jednání z důvodu onemocnění (schizofrenie, demence) či v důsledku abúzu (alkoholici, toxikomani). Ohrožení může být dáno také rodinnou konstelací. Riziko je větší v dysfunkční rodině, nebo rodině doplněné, kde žije cizí člověk, který k dítěti nemá rodičovský vztah.

**Děti**, které bývají převážně zneužívány jsou dívky, zejména ty, které jsou typicky ženské, mazlivé, koketní. Patří sem rovněž děti postižené nebo znevýhodněné, proto bezbrannější. Nižší vývojová úroveň snižuje riziko prozrazení a pochopení významu sexuální aktivity. Proto bývají častěji zneužity např. mentálně postižené děti.

### **1. Deprivované dítě**

Deprivace, nebo taky strádání, vzniká v důsledku nedostatečného uspokojování významných potřeb dítěte. Zásadně poškozuje vývoj dětské osobnosti. Závažná je především **citová** deprivace, nedostatečné uspokojování citových potřeb dítěte, a **sociokulturní** deprivace, nedostatek podnětů, které podporují rozvoj schopností a dovedností dítěte, tedy výchovné zanedbávání.

#### **Citová deprivace**

Základem pro rozvoj dětské osobnosti je primární zkušenost jistého a spolehlivého vztahu, uspokojení potřeby bezpečí, citové jistoty, jehož zdrojem

v rodině je především matka. To pak umožňuje dítěti získat důvěru ve svět a v sebe sama, pocit vnitřní jistoty, navazovat a udržovat trvalejší vztahy s lidmi. Tuto zkušenost nemohou kompenzovat prožitky z jiné oblasti. **Citová deprivace vzniká tehdy, když potřeba citové jistoty a bezpečí není uspokojována v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu.** Je způsobena nedostatkem emočních podnětů, absencí stabilního vztahu s mateřskou osobou. Vzniká tehdy, když matka nemá o dítě zájem, zaujímá k němu ambivalentní až hostilní postoj. Dítě, které nemá jinou zkušenost, považuje tento stav za normu.

*Náš Milan představoval pro svou matku zátěž. Jeho postavení v nové rodině a nedostatečné materiální zázemí je toho důkazem. Milan často spával sám v komoře pro náradí. Musel se o sebe postarat sám. Ve škole míval hlad, protože matka mu nebyla schopna připravit jídlo. Spávala až do oběda. Mnohdy ani nevěděla, kdy do školy odešel. Milan si taky nemá s čím hrát a dospělí mu zakazují kamarády. Matka se na svého syna dívá jako na něco špatného a zlého.*

Deprivační zkušenost se projevuje ve změnách prožívání, uvažování a chování dítěte. Důsledky deprivace však mohou být značně variabilní.

**Rozumové schopnosti** takových dětí nemusí být závažněji poškozeny, ale nebývají dostatečně využívány. U dětí lze pozorovat neschopnost porozumět významu vlastního chování, chování jiných lidí, neschopnost poučit se ze zpětné vazby, problémy se zobecněním následků vlastního jednání. Chybí zkušenost matky jako interpreta okolního světa. Působí i nedostatečné ocenění různých aktivit dětí od samého počátku jeho vývoje, nedostatek pozitivní stimulace k učení. Takto deprivované dítě nemá důvod, proč by se snažilo. Děti mívají ve škole horší prospěch, než by odpovídalo jejich skutečnému nadání. Nedovedou samostatně pracovat, rychle se rozptýlí jejich pozornost. Potřebují přímé vedení a citovou podporu motivace k učení, kterou nezažily v raném dětství. Slabší motivace k učení je následkem infantilizace hodnotové struktury. Převažují subjektivně významnější, nedostatečně saturované potřeby.

Typicky je změněno **citové prožívání** a vztahy k okolnímu světu. Citově deprivované děti mívají primitivní, povrchní, nediferencované vztahy k lidem s chybějící empatií a nápadným egocentrismem. Takové děti bývají emočně ploché, nedůvěřivé, hostilní, až agresivní, celkově nejisté. Mívají nízkou frustrační toleranci. Bývají výbušnější, reagují afektivními výbuchy. Děti se obtížně orientují ve vlastních pocitech, nezažily empatickou reakci.

Co se týče **sociální** výbavy, citově deprivované děti nedovedou rozlišovat mezi různými projevy lidského chování. Neumějí rozlišit, co je pro konkrétní roli vhodné. Proto k dalším obtížím patří snížená schopnost chovat se žádoucím způsobem. Jejich interakce s lidmi bývá nápadně nepřiměřená. Děti reagují odlišně, což vyvolává zpravidla odmítavé reakce okolí, což snižuje pravděpodobnost pozitivního přijetí jiným člověkem a tím i korekci jejich negativní zkušenosti. Změna v hierarchii hodnot způsobuje, že dítě zůstává infantilně egocentricky zaměřeno na uchování přijatelného pocitu jistoty a bezpečí a to jakýmkoli způsobem. V takovém hodnotovém systému nebudou normy chování představovat ucelený korektivní systém, který by dítě směřoval. Pokud nebyly normy chování prezentovány citově důležitou autoritou, jejíž ocenění dává určitému chování hodnotu, normy nemají takovou váhu, aby byly pro dítě směřodatké. Toto potvrzení norem chování nenahradí žádná bezvýznamná osoba. Dítě se za těchto okolností neidentifikuje s příslušnými normami dostatečně, proto nejsou pro dítě podstatné. Podstatné je jen to, co má osobní význam.

Jedním z důsledků nezájmu matky o dítě je redukce řečové stimulace a omezení kontaktu s matkou. Chybí pozitivní citová odezva na jakýkoli řečový projev dítěte, vývoj řeči není nijak posilován. Tím je rozvoj v oblasti **řeči a komunikace** brzděn. Nevytváří se ani potřeba komunikace. Slovní zásoba bývá i v pozdějším věku chudší, děti neumí např. správně používat osobní zájmena. Chybí jazyková citlivost, což se projevuje zvláštní skladbou jejich řeči. Nápadná je malá spontaneita řeči a neschopnost jejího přiměřeného sociálního využití.

*Při kontaktu se sociální pracovníci orgánu péče o dítě a později s pracovníky azylového domu se Milan projevoval pasivně. Byl uzavřený do sebe, zpočátku komunikoval jen minimálně, svou pozornost zaměřoval na nějaký detail nebo předmět. Mluvil pomalu, potichu a měl vadu řeči. Jeho emoční reakce nebyly spontánní, ale spíše křečovité. Teprve po určité době odborné péče začal projevovat přirozenou radost a smutek, zpočátku v nepřiměřeně intenzivní míře.*

V **sebehodnocení** dítěte se objevují dva extrémy. Buď se dítě prezentuje nerealistickým „vytahováním“, které je důsledkem aktivní obrany, nebo se dítě výrazně sebepodceňuje. Je nejisté, negativně anticipuje svou budoucnost. Nízké sebehodnocení se pak projevuje sníženou sebedůvěrou a nedostatečnou sebeúctou, které vedou k hledání nějaké opory. Ta může mít povahu vazby na silnější bytost, na vůdce nebo členství ve skupině.

**Chování** citově deprivovaných dětí bývá většinou nápadné. Typický je infantilní stereotyp jako projev nejistoty a bezradnosti. Kvůli nedostatečné autoregulaci reagují snadno impulzivně. Chování může být projevem řady obranných mechanismů, které slouží k dosažení náhradního uspokojení. Hledání náhradního objektu může být velmi intenzivní. Dítě může působit „vlezele“ a přináší spíše negativní odezvu. Takto deprivované děti se snaží všemožně upoutat pozornost libovolného člověka, s nímž jsou v kontaktu. Některé děti se pokoušejí navázat kontakt nepřijatelným způsobem, taky agresivně. V sociálním vztahu se projevují jako egocentrické a žárlivé. Negativní zpětná vazba nevede ke korekci jejich chování. Děti neznají jiný způsob chování, stále ho tedy opakují. Čím méně uspokojení dosáhnou, tím více se o to snaží stejným způsobem. To vyvolává zřetelnější odmítavé reakce.

Některé děti uspokojení hledají v jídle, hromadění věcí či v jiných tělesných potřebách. Krajním obranným mechanismem je rezignace, kdy dítě ztratí o bližší vztah zájem. V takovém případě je pro dítě vzniklá situace přijetí a vřelosti, např. po adopci, nepříjemná. Dítě na ni reaguje odmítavě.

Jedinci s neuspokojenou citovou potřebou mívají problémy v **sociální adaptaci**. Reagují nepříznivě na jakoukoli větší změnu, např. nástup do školy, zaměstnání.

Mírnější variantou deprivace je **subdeprivace**. V našich podmínkách je častější, ale je obtížněji identifikovatelná. Takže je zde riziko, že takto postiženému dítěti se nedostane potřebné pomoci. Částečně dysfunkční rodiny mohou některé ze svých povinností plnit moc dobře. Děti mohou být materiálně zabezpečené, ale strádají citově. V chování rodičů však mohou být zřejmé určité postoje, které riziko signalizují. Patří k nim snížená akceptace dítěte, přílišná kritičnost k dítěti, negativní hodnocení, v projevech minimální citová angažovanost. Dále snížená empatie k dítěti, neporozumění potřebám a pocitům dítěte, nepřiměřená jejich interpretace. Nápadná je snížená frekvence interakcí mezi rodičem a dítětem. Málo spolu komunikují, netráví spolu volný čas, dítě je často samo doma, dítěte si nevšímají. Důsledky takové zkušenosti jsou obdobné, ale nejsou tak nápadné jako u citově deprivovaných a jsou individuální. Příznaky se stávají nápadnými až ve svém souhrnu. Typická je kumulace drobných odchylek. Souhrn nepříznivých charakteristik dítěte, které zatěžují rozvoj osobnosti i sociální adaptaci, je označován jako **skór maladaptace**.

Znevýhodňující faktory mohou být různého druhu. Mohou to být faktory biologické. Děti bývají méně odolné vůči všem biologickým zátěžím. Bývají častěji nemocné, mívají více úrazů a mají sklon k obezitě. Co se týče psychosociální oblasti, děti nepůsobí dobře na ostatní lidi, vyvolávají nepříznivý dojem, bývají hůře hodnoceny. Negativně jsou hodnoceny především jejich charakterové vlastnosti. Nejsou pozitivně akceptovány. Děti nemívají dobré postavení v dětské skupince. Další nápadností je horší školní prospěch. Takové děti nedokáží účinně využívat svou inteligenci. Spolužáci je však za méně inteligentní považují. Učitelé je nehodnotí pozitivně.

U lidí, kteří v dětství citově strádali, se i v pozdním věku projevuje deformace psychického vývoje a fixace některých osobnostních vlastností. Takoví lidé v **období dospělosti** mívají odchylky v oblasti sebehodnocení, v mezilidských vztazích, nejsou spokojeni s vlastním životem. Lidé s deprivací zkušeností mohou mít problémy ve všech důležitých oblastech. Deprivovaní lidé dosahují nižší úrovně vzdělání, jsou těžko přizpůsobivější, což se může projevit častým střídáním zaměstnání nebo nezaměstnaností. Jejich nepříznivá zkušenost se může projevit v oblasti péče o vlastní potomstvo. Mívají častěji partnerské problémy, těžko přijímají odpovědnost za jinou osobu (dítě), nedokážou udržet fungující vztah s přijatelným člověkem. Volí si nevhodné partnery, kteří nejsou schopni jejich nedostatky kompenzovat a poskytovat korektivní zkušenost. Mnohdy jde o přijetí kohokoli, kdo o ně projeví zájem. Tito lidé jsou častěji svobodní či rozvedeni. Deprivovaní dospělí mají problémy se zvládnutím role dospělého, samostatně rozhodovat, být odpovědný za své chování, být svobodný v rámci daných norem. Často nemívají nikoho blízkého. Bojí se dalších vztahů. Typické je, že příčinu selhání hledají ve druhých lidech. Chybí jim adekvátní citové odezvy, potřebná sociální citlivost, která by pomohla správně interpretovat chování druhých lidí. Mívají problémy se sociální adaptací. Bývají hodnoceni jako sobečtí, náladoví, nestálí, konfliktní. Mnohdy jde o lidi se sociální patologií, s kriminálním chováním. Projevuje se zvýšený sklon k alkoholismu, bezdomovectví.

### **Sociální a kognitivní deprivace**

Jestliže je dítě výrazně zanedbáváno, nemá možnost se přiměřeně rozvíjet. Celkový psychický vývoj dítěte, především v oblasti rozumových schopností a socializace, se může opozdit v důsledku nedostatečné stimulace a omezení



příležitostí k učení. V krajním případě se dítě může jevit jako mentálně postižené. Závažné opoždění vývoje, zapříčiněné výrazným omezením sociálních podnětů, je označováno, podle skutečného případu zanedbaného chlapce nalezeného v Norimberku na počátku 19. století, jako **syndrom Kašpara Hausera**. Stav dítěte lze zlepšit, pokud se dostane do podnětnějšího prostředí, kde by se mohlo učit, rozvíjet. Záleží však také na věku, vrozených dispozicích dítěte, na celkovém zdravotním stavu i na době, po kterou žilo v takovém prostředí. Obecně platí, že čím déle bylo dítě od raného věku zanedbáváno, tím větší bude stupeň opoždění jeho vývoje.

**Vývojové opoždění** dané nedostatkem stimulace a omezením příležitostí k učení bývá nerovnoměrné. Výchovně zanedbané děti mívají opožděný vývoj řeči, neměly příležitost osvojit si dostatečnou slovní zásobu, nerozumějí mnoha sdělením, nenaučily se adekvátně verbálně komunikovat. V závislosti na neznalosti mnoha potřebných pojmů a na nezkušenosti s různými způsoby řešení problémů stagnuje i rozvoj jejich myšlení, zejména ve verbální složce. Děti bývají opožděné i v oblasti socializace. Jejich chování je nápadné, v kontaktu s lidmi si nevolí běžné strategie, jejich projev je spontánní, neřídí se běžnými normami chování. Díky nedostatečné zkušenosti s modely lidského chování špatně rozlišují sociální role. Chování výchovně zanedbaných dětí je motivováno uspokojováním aktuálních potřeb. Vlivem zanedbávání se potřebným způsobem nerozvíjely ani samotné potřeby, takže jde i o stagnaci v téhle oblasti. V závažnějších případech o stagnaci na úrovni prosté sebezáchovy. Fixují si účelné způsoby chování vedoucí k uspokojení potřeb pro společnost však často nepřijatelné. Tyto děti dovedou být předčasně soběstačné v praktických životních situacích. Od raného dětství byly odkázány na sebe, proto je leckdy řeší sociálně neadekvátně (př. kradení jídla).

**Důsledky** výchovného zanedbání se projevují i **v dospělosti**. Tito lidé nemají dostatečně rozvinuty všechny kompetence, mají nízké vzdělání, což jim činí sociálně adaptační potíže. Chybí jim profesní kvalifikace, proto jsou často nezaměstnaní nebo nejhůře placení, čímž je dána i nízká ekonomická úroveň těchto lidí, kterou nejsou schopni zlepšit. Kontakt s majoritní společností jim způsobuje problémy, což vede k jejich sociální izolaci (tzv. underclass). Zůstávají závislí např. na různých institucích. Přijímají pozici naučené bezmocnosti. Za viníka své situace považují společnost, resp. jiné lidi. Cítí se ohroženi, protože nezvládají potřebné sociální dovednosti. Jako partnera akceptují člověka, který je na podobné úrovni. Jejich

životní styl je zjednodušený na primitivní uspokojování svých potřeb. Nebývají schopni plnit rodičovskou roli. Pro své děti nevytvářejí kvalitní výchovné prostředí.

Sociální deprivace může být **kombinovaná** i s deprivací emoční. Takovým dětem se nedostává žádná potřebná péče. Reakcí bývá odmítání jakéhokoli kontaktu s cizími lidmi, reakce strachu, apatie, autostimulace (př. kývání). Obranou může být i agrese.

## **2. Syndrom týraného dítěte**

Týrání je takové chování rodičů či jiných osob, které dítě tělesně či duševně poškozuje a ohrožuje tak i jeho další vývoj. Podle odborníků Dětského krizového centra<sup>8</sup> nejde jen o vědomé tělesné ubližování dítěti, ale také nezabránění takovému zacházení s dítětem. Tělesné týrání může mít podobu nadměrného tělesného trestání, bití, odpírání jídla, odpočinku aj. Je spojeno i s utrpením psychickým. Psychické týrání je těžko identifikovatelné a jeho následky nejsou tak jednoznačné. Projevuje se odmítáním, častou a nadměrnou kritikou, ponižováním, citovým deptáním, vydíráním apod. Často jsou tyto projevy chování k dítěti ze strany českých rodičů považovány za běžné výchovné praktiky.

### **Formy týrání podle Dětského krizového centra<sup>9</sup>:**

#### **A)Fyzické týrání:**

- nepřiměřené bití rukou (pohlavky, facky) či různými nástroji (vařečka, řemen)
- kopání do dítěte, údery pěstí (má často za následek poranění vnitřních orgánů)
- popáleniny (např. cigaretou), opaření horkou vodou
- bodné rány (často nůžkami)
- vytrhávání vlasů, nepřiměřené tahání za ušní boltce způsobující trhliny
- odmrštění, odhození dítěte
- škrcení, dušení
- svazování, připoutání
- silné třesení, zejména s malým dítětem
- odnímání spánku, potravy

#### **B)Psychické týrání:**

- časté nadávky, ponižování, zesměšňování, opovrhování
- výhrůžky, cílené vyvolávání strachu u dítěte
- odmítání dítěte, citová deprivace, citové vydírání
- permanentní srovnávání s úspěšnějším sourozencem
- nepřiměřené zatěžování dítěte domácími povinnostmi či péčí o sourozence
- požadavek nereálných výkonů ve škole, v oblasti zájmové (sport, hudba aj)

---

<sup>8</sup> Srov. <[http://www.dkc.cz/syndrom\\_can.php](http://www.dkc.cz/syndrom_can.php)>

<sup>9</sup> Srov. Tamtéž

- násilná izolace, nepřiměřené oddělení dítěte od vrstevníků či ostatních osob

C) Obsáhlou diagnostickou kategorií tvoří psychické týrání v souvislosti s předrozvodovou, rozvodovou a porozvodovou situací rodičů, kdy bývá dítě vystaveno dlouhodobé a nepřiměřené zátěži vzniklé v souvislosti s rozvodem. Tato problematika zahrnuje především:

- zatahování dítěte do konfliktů mezi rodiči, zneužívání dítěte jako “svědka”
- získávání dítěte na svou stranu, negativní ovlivňování dítěte proti rodiči
- bránění ve styku dítěte s druhým rodičem
- nepřipravení dítěte žádoucím způsobem na styk s druhým rodičem

Jakákoli forma týrání je závažnou situací, která zahrnuje **deprivační zkušenost a silný stres** zároveň (nedostatek citového přijetí, bolest z bití). V krajním případě ohrožuje fyzické týrání život dítěte. Týrání ovlivňuje i budoucnost dítěte. Týrání je historickým jevem a má souvislost s vývojem postojů k dítěti. Prvním autorem, který označil „syndrom bitého dítěte“ byl v roce 1962 americký pediatr Kempe. Nějakou formou týrání trpí více dětí, než je zachyceno. Dítě často není schopné hledat pomoc pro celkovou nezralost, neschopnost sdělit problém, nebo ze strachu. U starších dětí je to obava z dalšího bití.

Specifickou formou týrání je **Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)**. Dospělý, obvykle matka, simuluje nebo vytváří u dítěte různé zdravotní potíže, kvůli nimž vyžaduje lékařskou pomoc. Důsledkem je dlouhodobé poškození zdraví dítěte. Předstírání chorobných příznaků u dítěte má za cíl zdůraznění významu vlastní osoby. Tyto matky potřebují být středem pozornosti, chtějí být hodnoceny jako pečující a obětující se. Samy mají tendenci k předstírání zdravotních potíží a sebezraňování. Dítě se stává náhradním objektem takového jednání. Ačkoli je syndrom vzácný, může být i smrtelný.

Obecně platí, že riziko **poškození dalšího vývoje dítěte** je tím větší, čím je dítě mladší. Důležitým aspektem je délka trvání, míra zátěže a závislost dítěte na týrajícím rodiči.

Opakovaný prožitek utrpení může vést k inhibici **citového prožívání**. Jde o obranou reakci, která snižuje subjektivní zátěž. Děti mohou být apatické, neschopné projevovat jakékoli emoce. V důsledku toho dochází k neschopnosti rozumět vlastním emocím. Tyto děti nejsou schopny citového prožívání, neumí své pocity popsat. Jindy zůstává schopnost prožívat zachována, ale převažuje úzkost a strach, zvýšené napětí, přecitlivělost, zvýšená dráždivost, sklon k výbuchům. Pocit ohrožení se může generalizovat i na jiné osoby. Týrané děti se bojí, jsou nedůvěřivé ke všem lidem. Na lidi obvykle reagují odtahitě. Objevují se i obavy z opuštění rodičem, kdy

dítě prožívá úzkost, nejistotu, beznaděj. Zavržení je pro něj horší než bolest. Lze se setkat i s projevy pocitů studu za prožívané ponížení.

Týrající rodiče dítěti neumožní získat pocit důvěry. V tomto důsledku se dítěti svět jeví jako nepřátelský, nebezpečný, ohrožující, z čehož vyplývá tendence interpretovat i neutrální podněty jako hostilní. Objevit se může zkreslování skutečnosti do přijatelnější podoby. Týrané děti **neumějí správně interpretovat běžné projevy jiných lidí**.

Týrané děti mívají problém s učením a **horší školní prospěch** než by odpovídalo jejich předpokladům. Nevyužívají svých možností z důvodu absence motivace. Jsou nesoustředěné, podceňují se, očekávají neúspěch.

Významným důsledkem dlouhodobého poškozování je fixace **negativního sebehodnocení** a z něho vyplývajícího **nedostatku sebedůvěry**. Týrané děti i v pozdějším věku přijímají téměř automaticky ponižující chování ostatních. Jsou zvyklé na tento přístup. Do své identity zabudovaly přesvědčení o vlastní bezvýznamnosti. Myslí si, že jsou špatné, opovržením hodné. Tím, že jedinec akceptuje tuto podřízenou roli a chová se tak, vyvolává toto chování u jiných lidí a pak na základě jejich reakcí dochází k opětovnému upevnění postoje k sobě samému. Lehce se stává např. obětí šikany. Nebo si tito lidé kompenzují vlastní pocity méněcennosti agresí vůči ostatním lidem.

Týrané děti mohou být tiché, zakřiknuté, pasivní, apatické, s nezájmem o okolí, ustrašené, odmítají jakýkoli kontakt, nekomunikují. Může se projevovat také tendence k úniku před nepříjemně působícími vlivy prostředí. Jako jistý zdroj bezpečí jim slouží autostimulace jako odreagování napětí. Dítě např. samo sebe zraňuje. V jiných případech děti mohou být neklidné a hyperaktivní s destruktivní a agresivní tendencí. Jejich **chování** bývá většinou natolik odlišné od normy, že bývají odmítány i mimo rodinu.

Týrané dítě je na svých týrajících rodičích závislé. Rodiče pro ně představují zázemí, žádné jiné nemá. Proto si dítě snaží ubránit iluzi, že je rodiči akceptováno a milováno. Toto dítě prožívá vnitřní konflikt. Na jedné straně se chce zbavit fyzické bolesti, na straně druhé si potřebuje udržet pocit bezpečí domácího prostředí. Protože ho týrají právě ti, kteří by měli být zdrojem pocitu jistoty a bezpečí. Tento problém je reálně neřešitelný, proto stimuluje různé **obránné mechanismy**:

- **tendence tuto skutečnost popírat**
- **přijetí role špatného dítěte**, které je trestáno oprávněně - děti mívají pocity viny

- **aktivní obranná strategie** - týrané dítě strádá i citově, proto se dítě snaží všemožně upoutat pozornost rodičů, chce si vynutit důkaz o tom, že je milováno. Lpí na svých rodičích. Rodiče spíše znovu provokuje a dráždí. Proto týrané dítě těžko snáší odloučení od rodiny.
- **nutkavá tendence si negativní prožitek zopakovat** – smyslem je dosáhnout odreagování, vyrovnání. Traumatizující zážitek se objevuje v kresbě, ve hře, ve fantazii, tj. symbolicky. Dítěti může pomoci i reálné zopakování této zkušenosti, proto nevědomě rodiče provokuje, že je znovu zbíjí. Opakování přináší jiné zážitky než první zkušenost. Dítě k traumatu zaujímá jiný postoj.
- **identifikace s agresorem** – dítě se s negativní zkušeností vyrovnává tak, že se začne chovat jako jeho trýznitel, zbavuje se tak pocitů bezmocnosti a strachu.

**Důsledky zkušenosti s týráním v dětství.** I v dospělosti přetrvává nízké sebehodnocení, slabá sebedůvěra, nedostatek sebeúcty, **pocity bezvýznamnosti** spojené s ochotou akceptovat horší sociální pozici i nízké ocenění. Týrání vedlo ke ztrátě přiměřené sociální orientace a k potížím v mezilidských vztazích. Projevuje se negativní očekávání od lidí, potřeba izolace, submisivní chování, což vede k posílení tendence ostatních lidí jednat s nimi ponižujícím způsobem a tak jim potvrzují jejich přesvědčení.

Týraný se může naopak projevat **agresivitou ke světu**, bezohledností. Tento jedinec se naučil používat stejných strategií, které sám zažil, proto jedná ve vztahu k slabšímu násilně. Tento sklon se může projevat jak v partnerském vztahu, tak v rodičovské roli. Dospělí, kteří byli v dětství týráni, se s větší pravděpodobností stávají týrajícími rodiči.

Zkušenost s týráním může vést k emočnímu otupění, ke ztrátě zábran. Proto je u těchto lidí zvýšené riziko asociálního chování, které může přerůst až v jednání kriminální.

Vzácně může dojít i k opačnému vývoji. Negativní zkušenost stimuluje pozitivní rozvoj osobnosti. Mluví se o **tzv. syndromu Batmana**.

Riziko opakovaného týrání může snížit korektivní zkušenost s přijatelným citových vztahem k dospělému.

Dětské krizové centrum<sup>10</sup> uvádí ve svém výčtu forem týrání dítěte specifickou formu, kterou nazývá **systémové týrání (druhotné ponižování)**.

Podle pracovníků DKC jde o týrání dítěte tím systémem, který původně vznikl na ochranu dítěte.

K tomuto druhu týrání řadí:

- opakovaná, nadbytečná lékařská vyšetření (zdravotnické instituce),
- ponižování, přetěžování, neadekvátní přístup k dítěti (instituce školské),
- zanedbávání či špatná péče v kolektivních zařízeních ( jesle, MŠ, ZŠ, dětské domovy),
- rozhodování o osudu dítěte bez dostatečné objektivní informovanosti o situaci; oddělení dítěte od rodiny tam, kde to není nevyhnutelně nutné (OPD, soudy),
- nadbytečné přetěžování či trauma způsobené dítěti při kontaktu s policejním, soudním systémem (opakování výslechů, konfrontace s dospělým).

### **3. Syndrom sexuálního zneužívání dítěte**

Sexuální zneužití je projevem zneužití moci dospělého, jeho využití k vlastnímu sexuálnímu uspokojení, k aktivitám, které nejsou dítětem plně pochopeny a akceptovány. Toto chování je i v rozporu s právní normou. Dítě je většinou k těmto aktivitám donuceno. Dítě není schopno rozeznat nepřiměřenost takových nároků dospělého. Většinou respektují autoritativní roli dospělého a podřizují se jeho požadavkům. I za těchto okolností má tento zážitek závažné důsledky a poškozuje dítě. Důsledkem bývají také nepříjemné reakce společnosti. U těchto dětí je riziko, že budou v budoucnosti zneužity znova.

#### **Formy sexuálního zneužívání:**

- **nekontaktní sexuální aktivity** - např. verbální komentář se sexuálním obsahem, exhibicionismus, voyeurismus, obscénní telefonáty, obnažování dospělých mužů;
- **kontaktní sexuální aktivity** - podle závažnosti je lze ještě rozlišovat na *penetrativní* (př. koitus) a *nepenetrativní* (př. osahávání). Tento kontakt musí dospělému přinášet sexuální uspokojení. Je třeba rozlišovat od běžného mazlení s dítětem. Penetrativní zneužívání může být spojeno se zraňováním.
- **sexuální využívání dětí** k výrobě pornografie nebo k prostituci. Může být komerční, ale rovněž může být spojeno s dosahováním sexuálního uspokojení.

---

<sup>10</sup> Srov. <[http://www.dkc.cz/syndrom\\_can.php](http://www.dkc.cz/syndrom_can.php)>

Sexuální zneužívání může být **spojeno s týráním**. Rozdíl je v tom, že takové dítě je rodiči odmítáno, je nechtěné. Na rozdíl od toho, sexuálně zneužívané dítě může být hodnoceno pozitivně a citově akceptováno.

### **Charakteristika pachatele**

Člověk, který zneužívá, je většinou k dítěti ve vztahu autority minimálně tím, že je dospělý. Jde o zneužití moci nad dítětem. Motivace k sexuálnímu jednání může být různá. Např. odlišnost sexuálního zaměření pachatele, agresor si nevybírá, jiný objekt není k dispozici. Pachatel může mít o důsledcích svého počínání různé představy. Např. že se to dítěti líbí, a to třeba z důvodu nedostatku empatie, obran, projekce vlastních potřeb. V opačném případě, kdy zneužívající ví, že se to dítěti nelíbí, je mu to jedno.

### **Zneužívání v rodině**

Sexuální násilí může být *extrafamiliární* (většinou jednorázové) a *intrafamiliární*, které je z hlediska následků závažnější. V rámci rodiny je sexuální aktivita (mimo manželů) považována za nežádoucí a nepřijatelnou. Většina lidí tuto normu respektuje.

Sexuální zneužívání v rodině má **typické znaky**: **1. Akterem je člověk, který je dítěti blízký** a který by mu měl poskytovat ochranu a bezpečí. Tímto jednáním připravuje dítě o pozitivní hodnotu rodinného zázemí, rodina v tomto ohledu neplní jednu z důležitých funkcí. **2. Zneužívání bývá opakované.** **3. Zneužívání podstatně mění rodinné role a z nich vyplývající funkce a vztahy.** Stírají se mezigenerační hranice. Mohou být uzavírány neobvyklé koalice. Jsou deformovány vztahy rodičů, narušuje jejich citový i sexuální vztah, nebo je důsledkem jejich nefunkčnosti. Toto narušení rolí vede k vztahovému konfliktu. Ochrana dítěte je spojena se zavržením pachatele a s rizikem rozpadu rodiny. Některé rodiny se snaží zachovat integritu za cenu obětování dítěte. Důsledkem bývá izolace od společnosti s cílem tuto skutečnost utajit. **4. Pachatelem bývá nejčastěji mužský příslušník rodiny.** Otec, nevlastní otec, strýc, dědeček. V převážné většině jde o nevlastního otce partnera matky.

Zásadním způsobem může ovlivnit průběh i řešení této situace **chování matky**. Ve většině případů sama akterem není. Lze ji považovat za další oběť. Většina matek je touto situací traumatizována. Reagují hněvem, depresí, sebeobviňováním. Na druhé straně platí, že je-li dítě zneužíváno opakovaně, matka je o tom informována. Pak je důležité, jak situaci interpretuje, jak ji nese a jaké zvolí řešení.

Buď matka poskytne dítěti jednoznačnou ochranu i za cenu rizika rozpadu rodiny, pak dítěti zůstává zachován pocit jistoty a zázemí a zneužívání trvá krátce, nebo matka dítěti nevěří, popírá skutečnost, není schopna situaci řešit. Některé matky jsou k dítěti chladné, obviňují ho. Dále se může projevovat žárlivost v důsledku znevýhodnění matky v její ženské roli, emoční nechuť vůči dítěti, citové vydírání dítěte, aby nic neprozradilo, přenášení na dítě zodpovědnost za další existenci rodiny. Takové matky jsou slabé, závislé na partnerovi, obvykle se i ony bojí pachatele nebo odsouzení společností. Selhávají takto ve své mateřské roli. Zneužívání v těchto rodinách trvá několik let.

### **Důsledky sexuálního zneužívání**

Zneužívání představuje tělesnou, duševní i sociální zátěž, která vede k poškození dítěte. V případě, kdy je zátěž subjektivně závažná se může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Obecně platí, že závažnost důsledků této zátěže je tím vyšší, čím je dítě mladší a čím déle zneužívání trvá, čím je dítě na pachateli závislejší a čím menší oporu najde u ostatních členů rodiny. Zpracování zátěže a volba strategie závisí i na **pohlaví dítěte**. U **chlapců** převažuje tendence problém externalizovat, odreagovávat aktivním způsobem, např. agresí vůči někomu slabšímu, mají sklon zneužívat a týrat. **Dívky** trauma zpracovávají internalizujícím způsobem. Hluboce jej prožívají, trápí se, jsou pasivní, obviňují se, pokud se objeví agrese, tak se jedná o autoagresi, sebezraňování. Akceptují negativní obraz o sobě, snadněji přijmou ponížení a proto se stávají obětí i v budoucnosti.

Intrafamiliární zneužívání postihuje dítě závažněji a komplexněji. Může vést ke vzniku **tzv. home alone syndromu**, opuštěnosti uvnitř vlastního domova.

Jako traumatizace vyvolává zneužívání **negativní citovou reakci**, odpor, strach, úzkost, zlost. Dále pocity studu, viny, ponížení, ve vztahu k budoucnosti pocity beznaděje. Zklamání z blízkých se může projevit depresemi, smutkem, hněvem, hostilitou vůči světu. Vztah k pachateli bývá různý. Obvykle dítě mívá strach, často bývá tento vztah ambivalentní, později se může vytvořit i vztah fixace. Tato varianta je označována jako **stockholmský syndrom**, přičemž může jít o obranou reakci, dítě se násilníka méně bojí. Tyto děti bývají natolik emočně inhibované, že se jeví jako nekompetentní.

Zážitek zneužívání **mění hodnocení světa i sebe samého**. Svět je posuzován jako zdroj ohrožení. Zkušenost zrady nejbližších vede k tomu, že **dítě nikomu**



**nevěří**, od nikoho nečeká nic dobrého, tím ztrácí schopnost sociální orientace, nedokáže diferencovat.

Důsledkem ponížení bývá **propad sebehodnocení, nízká sebeúcta, pocity bezmocnosti**. Dítě je přesvědčeno, že všechno dělá špatně, ztrácí důvěru v možnost aktivně ovlivňovat svůj život, odmítá sebe samého. Bezmocnost vede k pasivitě, rezignaci.

**Chování** takových dětí bývá častěji extrémní. Mohou být nápadně pasivní, jindy dráždivé se sklonem k afektům. Jako obrana slouží tendence se izolovat od společnosti. Tyto děti se straní, nemají kamarády. Nestandardní může být jejich chování k dospělým. Buď vyjadřuje nadměrnou potřebu ochrany, nebo naopak jsou negativistické, provokující, agresivní, hostilní. Může docházet k selhávání ve škole v souvislosti s chybějící motivací. Někdy se objevuje záškoláctví.

V důsledku dlouhodobé traumatizace může dojít v rámci obranných reakcí k vytěsnění, potlačení negativních prožitků. Dítě pozitivně zkresluje realitu, může docházet k identifikaci s agresorem. Může dojít ke vzniku **disociační poruchy**, kdy jsou jednotlivé psychické procesy a složky osobnosti odděleny. Osobnost ztrácí integritu. Může dojít ke zkreslení prožívání svého těla jako něčeho, co k osobnosti nepatří. Dochází i k disociační amnézii. Disociace eliminuje to, co dítě traumatizuje.

Objevují se **somatické potíže**. Např. porucha spánku, noční děsy, bolesti břicha, zvracení, odmítání jídla či přejídání. Lze je chápat jako somatizující symptomy.

Pod vlivem traumatické zkušenosti se sexuálním zneužíváním **se mění vztah k sexualitě**. Tato reakce bývá nazývána **traumatickou sexualizací**:

- V chování dítěte je **sexualita předčasně zdůrazněna**. Dítě se projevuje nápadně vyzývavě. Objevuje se masturbace, někdy i na veřejnosti a sexuálně zaměřené aktivity např. hry. Častý je i urychlený počátek sexuálního života. Zkušenost se zneužíváním může ovlivnit vztah k obecně platným normám týkajících se sexuality.
- **Dítě se jakéhokoli projevu sexuality nápadně bojí**. Dochází k jejímu potlačení. Jedinec může mít problém se svou sexuální identitou a s budoucí rolí dospělého.

I když je sexuální zneužívání odhaleno, potíže dítěte tím nekončí. Je dále traumatizováno vyšetřováním, reakcemi společnosti, strachem z rozpadu rodiny, negativní reakcí matky, nedůvěrou cizím lidem např. odborníkům, odloučením od rodiny a umístěním do ústavního zařízení. Dítě, které se zneužívání nedovede bránit, nebo jeho pokus byl neúspěšný, nemá dále mnoho možností. Postupně se stává

závislé na rodině, realitu přijímá a přizpůsobuje se jí – **tzv. syndrom přizpůsobení sexuálnímu zneužívání.**

Zkušenost zneužívání z dětství ovlivní vztah jedince k sexualitě i **v dospělém věku.** Dochází k extremizaci vztahu k sexu. Na jedné straně je to **ztráta zábran.** Ta může vést k promiskuitě nebo prostituci. Opačným důsledkem jsou různé **sexuální dysfunkce.** Sexuální aktivita je asociována s nepříjemnými pocity. Vzácností není odmítání sexu jako takového. Někdy vzniká sexuální fobie. U těchto jedinců je zvýšené riziko selhávání v partnerských vztazích i v rodičovské roli. Přetrvávají pocity viny, zlost, pocity méněcennosti, pocit odlišnosti od ostatních, pesimistické očekávání, pocity beznaděje, tendence k sociální izolaci, přijetí podřadné role, která odpovídá jejich snížené sebeúctě. Objevují se tendence užívat drogy, alkohol, rozvoj delikventního chování.

Dětské krizové centrum na svých stránkách upozorňuje na důležitý jev, který je obecně nazýván **sekundární viktimizace**, kdy je dítě druhotně zraňováno a vystavováno nadbytečné psychické zátěži v průběhu vyšetřování pro syndrom CAN. Dítě se tak jako oběť trestného činu stává ještě obětí vyšetřování. Tato zátěž je způsobována např. opakováním výpovědi, nedůvěřivým postojem k tomu, co dítě říká, obviňováním dítěte, odebráním dítěte z rodiny.

*Dovolím si konstatovat, podle symptomů výše uvedených, že je náš Milan dítětem citově i výchovně zanedbávaným, zároveň také týraným. Toto poškozování trvalo do 13 let jeho života, bude mít tedy dlouhodobější důsledky. Při správné a odborné pomoci by však mohly být zmírněny.*

## **II. Péče o děti týrané, zneužívané a zanedbávané**

Problematika týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte se v posledních letech stala jednou z nejzávažnějších oblastí ohrožení a poškození dětí u nás. Jednou z příčin je tabuizace tohoto problému v minulosti z důvodů ideologických i ve smyslu předsudků. Závažný je také přetrvávající přístup k dítěti jako k závislému objektu a nepřiznání jeho právní subjektivity, jak požaduje Úmluva o právech dítěte.

„S podceňováním problému týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, jeho výskytu, četnosti i závažnosti ve společnosti souvisí i jeho nedostatečné řešení. To by se mělo opírat o moderní principy komplexní, interdisciplinární sociální péče v rámci dobře zabezpečeného, racionálně, institucionálně a organizačně vybaveného pluralitního systému vládních, samosprávných i dobrovolných organizací a institucí, koordinovaného a garantovaného státem.“<sup>11</sup> Zásadním řešením tohoto problému je, podle prof. Dunovského, vytvořit příznivé, interdisciplinární východisko, jež by si na prvním místě kladlo za úkol řešit situaci takto ohroženého a postiženého dítěte jako součást jeho narušené rodiny či společnosti, kde žije.

Výskyt a četnost syndromu CAN v populaci záleží na řadě činitelů. Je třeba také uvést jeho přijetí a pochopení nejširší veřejností i veřejností odbornou a připravenost, znalost a schopnost tyto jevy detekovat, diagnostikovat, v rámci celého systému monitorovat a analyzovat. Celá řada otázek zůstává i pro samotnou terapii. „Přijmeme-li pro naši zemi odhad jedno procento incidence CAN ročně, musíme počítat, že je u nás ročně zasaženo nejméně něco kolem dvaceti tisíc dětí. Prevalence by se pak pohybovala mezi třemi sty padesáti tisíci dětí do osmnácti let, jež byly dotčeny nějakou formou syndromu CAN. I když pokládáme i tento odhad za velice střízlivý, již sám o sobě ukazuje na závažné nedocenění nebezpečí, které bezprostředně ohrožuje a postihuje značné množství našich dětí, aniž bychom je účinně bránili.“<sup>12</sup> Vezmeme-li navíc v úvahu zkušenost, že týrané dítě znamená týrajícího rodiče, pak tato skutečnost ukazuje na závažné nebezpečí pro budoucnost naší populace. Proto ona naléhavost snažit se intenzivně, efektivně a komplexně tento problém řešit.

Nedostatečně je dosud pojata skutečnost, že dítěti se v rodině může beztrestně ubližovat. Dítě je v nesvéprávném postavení. Pravdu má dospělý, nikoli dítě. Dítěti

---

<sup>11</sup> Dunovský, 1995, str. 139

<sup>12</sup> Tamtéž, str. 140

se nevěří, jeho tvrzení je zlehčováno, popřípadě potlačováno dalším násilím. Nedostatečně je rovněž rozvinuta komplexní, interdisciplinární práce. Nedostatečně je péče o děti se syndromem CAN koordinována mezi jednotlivými disciplínami zabývajícími se péčí o dítě obecně i ve zvláštních situacích, mezi jejich příslušnými pracovišti a institucemi. Proto je důležité pojetí CAN jako složitého sociálního problému, v němž se jednotlivé disciplíny a obory prolínají.

### **1. Vývojové tendence problému**<sup>13</sup>

V souvislosti s tímto problémem lze poukázat na odlišnost české cesty a cesty západních zemí. Ty byly v padesátých letech 20.st. pod vlivem **tzv. neúrazových poranění** (Caffey, Silvermann) a zvláště Kempeho **tzv. syndromu bitého dítěte**. Od tělesného týrání se začalo odlišovat týrání psychické a problém zanedbávaného dítěte. V sedmdesátých letech sexuální zneužívání a v osmdesátých letech **tzv. zvláštní formy**.

Česká cesta se opozdila o téměř dvacet let. Byla započata v šedesátých letech problematikou psychicky zanedbávaného dítěte v kontextu **teorie psychické deprivace** Langmeiera a Matějčka a v boji proti “hospitalismu” v našich kojeneckých ústavech a dětských domovech (Damborská, Poláčková, Zeman, Mores, Dunovský). V sedmdesátých letech se naši pediatři začali zabývat tělesným týráním dětí (Ringel). Od let devadesátých se otevírá problematika sexuálního zneužívání (Halfarová, Malá, Raboch).

S poznáním závažnosti tohoto problému se ve světě pozvolna ze zdravotnických, sociálních, psychologických či bezpečnostních institucí a zařízení začala vyčleňovat samostatná pracoviště interdisciplinárně a komplexně se specializující na problém dítěte se syndromem CAN. Vytvářela se postupně propojená síť zařízení zřizovaná a provozovaná různými subjekty. Nejdále v těchto snahách došli v Nizozemí, Belgii, Velké Británii, rovněž v USA a Kanadě.

Významnou roli v této oblasti hrají **Mezinárodní společnost pro prevenci CAN (ISPCAN)**, dále různé národní společnosti (např. britská BABSCAN) a další.

U nás bylo po roce 1991 v rámci Dětského centra SOS dětských vesniček uvedeno do provozu první **dětské krizové centrum v Praze Michli**. Toto centrum bylo vybudováno podle předem vypracované koncepce, která odpovídá požadavkům takového zařízení v zahraničí a vyhovuje i podmínkám naší země. Opírá se o

---

<sup>13</sup> Srov. Průša, 1997, str. 142

výsledky odborníků před rokem 1989, kteří byli inspirováni Dětským centrem v Mnichově.

Dále byla v Praze založena Růžová linka důvěry a zvláště pak Linka bezpečí zřízená Nadací Naše dítě. V Brně pak Modrá linka. Postupně se otevírají v různých místech různá zařízení označována jako dětská krizová centra.

## **2. Návrhy na řešení problému**

Již výše bylo zdůrazněno, že péče o děti se syndromem CAN spočívá v její specializaci při současné mezioborovosti a komplexnosti, přičemž primárními východisky je vždy týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Takovou péči je nutno začlenit do systému zařízení zabývajících se nepříznivou situací dítěte a jeho rodiny. Je třeba usilovat o vytvoření propojené sítě zařízení a orgánů, které by na patřičné odborné úrovni, patřičnými prostředky a kvalifikovanými pracovníky zajistily co největší dostupnost a efektivitu. Sít' těchto zařízení by mohla být zřizována a provozována nejrůznějšími organizacemi (státními i nestátními). Přičemž by byla garantována na jedné straně státem a na druhé odbornými společnostmi jako je ISPCAN.

Základní funkční článek sítě nejčastěji na úrovni okresu by měl být tvořen dětským lékařem, klinickým psychologem a sociální pracovnící. Měl by se výhradně věnovat této problematice a to buď jako samostatný útvar, nebo v návaznosti na pracovníky dalších zařízení zabývajících se některými jinými oblastmi péče o dítě. Jejich činnost by mohla probíhat v co největší spolupráci s dětským krizovým centrem v daném regionu. Pracovní tým by měl být napojen na linku bezpečí. V krizových situacích dítěte a jeho rodiny by měla být možnost umístit dítě do některého pobytového zařízení.

### **A) Dětské krizové centrum<sup>14</sup>**

Základní jednotkou péče by mohlo být dětské krizové centrum. Těžištěm jeho odborné pomoci by, podle L. Průši, měla být: **1. klinická práce**, tzn. poradenská, detekční a diagnostická činnost, terapeutická práce urgentní, středně a dlouhodobá rehabilitace; **2. posudková a znalecká činnost** pro potřeby příslušných orgánů;

---

<sup>14</sup> Srov. Průša, 1997, str. 145

**3. monitorovací činnost** v daném regionu; **4. preventivní činnost** na úrovni primární, sekundární i terciální prevence; **5. maximální integrace** do celého regionálního systému péče a ochrany dětí a mládeže.

Po stránce organizační by jádrem krizového centra mohla být **ambulantní část** s deseti až dvanácti odborníky (speciální pedagog, psychoterapeut, popř. právník, dokumentační pracovník). Dále by to byla **ústavní část**, což je oddělení pro diagnostický a azylový pobyt pro děti popř. jejich matky. Nepřetržitý provoz tohoto pracoviště by měla zajišťovat skupina vychovatelů a psychoterapeutů popř. speciálních pedagogů.

**Horká linka** je do zařízení buď začleněna nebo je odjinud na něj napojena. Je-li součástí krizového centra, vyžaduje nepřetržitou službu odborných pracovníků. S možností výjezdu pak pohotovostní službu včetně vlastního dopravního prostředku. Nedílnou součástí ambulantní a ústavní složky by byla **práce v terénu**.

Pro příklad se pozastavím u zmiňovaného průkopnického, osvědčeného, 16 let fungujícího dětského krizového centra v Praze 4.

### **Dětské krizové centrum**

#### **V Zápolí 1250/21, 141 Praha 4 – Michle**

Dětské krizové centrum působí již od roku 1992 jako nestátní, nezisková organizace zaměřená na problematiku dětí týraných, zneužívaných a zanedbávaných a dětí nacházejících se ve zvlášť závažných situacích. Zřizovatelem pracoviště je občanské sdružení téhož názvu. Působnost DKC je celorepubliková. DKC své služby nabízí v pracovních dnech v rámci ambulantního provozu, který je doplněn non – stop Linkou důvěry tak, aby odborná pomoc byla dostupná kdykoli.

Při své práci vychází z Úmluvy o právech dítěte. Prvotním cílem je tedy naplňování práv, potřeb a oprávněných zájmů dítěte.

Základním výchozím principem služeb DKC je komplexnost a zaměření na celou rodinu jako systémový celek. Klienty jsou tedy samotné děti, mládež, mladí dospělí, ale také ostatní členové rodiny - rodiče, prarodiče a další. Dalším výchozím principem je interdisciplinarita přístupu, spolupráce pracovníků z více profesí.

Provoz DKC sestává ze dvou samostatně vyčleněných úseků: z ambulantního provozu nabízejícího přímou práci s klienty a ze služeb linky důvěry, která nabízí krizovou pomoc prostřednictvím telefonické či elektronické formy kontaktu. Ústavní část DKC chybí.

Ambulantní část provádí diagnostiku a psychodiagnostiku. K dalším službám patří poradenství, návštěvní činnost v rodinách, mediaci, řízený styk rodiče s dítětem, odborné doprovázení, odborná spolupráce, krizová intervence. Součástí je i bezplatná právní poradna.

Součástí odborného působení DKC je preventivní činnost. Cílovou skupinou je nejširší laická veřejnost i úzký výběr pracovníků specifických profesí. Za úspěch lze považovat vypsání výběrové přednášky „Syndrom CAN“ přímo na katedře psychologie FF UK, kde vybraní psychologové DKC působí jako externí vyučující. DKC působí dále jako školící pracoviště, kde mohou studenti odpovídajících oborů vykonávat svou odbornou praxi. K prohlubování informovanosti přispívají také pravidelnou účastí na odborných konferencích a mezioborových seminářích. V roce 2004 završili dvouleté úsilí na zhodnocení dosavadního působení DKC vydáním publikace „Obraz problematiky týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v letech 1992 – 2003“.

Odbornost je garantována personálním obsazením DKC. Tým zaměstnanců tvoří čtyři psychologové, čtyři sociální pracovníci, pracovník pro komunikaci, administrativní pracovnice a pracovníci Linky důvěry, převážně vysokoškolského vzdělání. Nedílnou součástí pak jsou tři supervizoři.

Dětské krizové centrum v Praze 4 funguje a těší se ohlasu odborníků i veřejnosti. Těžiště jeho práce však zůstává pouze v ambulantní formě pomoci. Do původního záměru komplexního zařízení zahrnujícího jak služby ambulantní tak i pobytové chybí právě ona ústavní část DKC. Zařízení tedy nemůže své klienty, děti v případě ohrožení, přijímat na pobyt a poskytnout jim bezpečné a neutrální zázemí.

Jaké další možnosti pomoci se, kromě dětského krizového centra, pro tyto děti nabízejí? Dovolím si vypůjčit rozdělení forem krizové intervence z publikace o krizové intervenci od Naděždy Špatenkové.

## **B) Formy krizové intervence<sup>15</sup>**

Formy profesionální pomoci dětem a jejich rodinám v krizi můžeme klasifikovat podle různých kritérií. Podle typu kontaktu krizového intervenanta s klientem můžeme mluvit o:

- **Prezenční formě pomoci**
- **Distanční formě pomoci**

**Prezenční pomoc** zahrnuje tyto formy pomoci v krizi:

**1. Ambulantní pomoc** je určena klientům, kteří se na základě vlastního rozhodnutí, nebo na popud jiných institucí (př. linkou důvěry, policií, sociálními pracovníky OSPOD atd.), osobně dostaví do poradny (ambulance) některé instituce. Může se jednat o instituce, které jsou primárně určené k tomu, aby poskytovaly pomoc lidem v krizi. K nim patří např. ambulance zmiňovaných krizových center. Dále k nim patří instituce, které poskytují krizovou intervenci sekundárně. Např. ambulance psychoterapeutických pracovišť, psychiatrické ordinace, ordinace klinických psychologů, poradny pro rodinu a mezilidské vztahy a další.

**2. Hospitalizace** je krátkodobým umístěním klienta v krizi na tzv. “krizové lůžko”. Nejlépe je, když takový pobyt poskytuje zařízení k tomu určené, tedy např. krizové centrum. V praxi se však právě např. v případě dětí vyžadujících okamžitou pomoc využívá krizových míst v rámci ústavních zařízení, např. v rámci kojeneckých ústavů, dětských domovů či diagnostických ústavů.

K “hospitalizaci” se přistupuje v případě, kdy se klient nachází v takové situaci, která mu neumožňuje setrvání v domácím prostředí. Tato forma pomoci by měla eliminovat různé rizikové faktory - např. nachází-li se klient v prostředí, ve kterém je ohrožen jeho život nebo bezpečnost - př. týrané děti. Umožňuje intenzivní koncentraci na řešení krize.

**3. Terénní a mobilní služby** jsou založeny na přemístění krizového intervenanta nebo krizového mobilního týmu na místo, kde se nachází osoba v krizi.

V praxi jsou uvedené formy krizové intervence zřídka realizovány jedinou institucí. Obvykle se různé instituce podle svých možností zaměřují na pouze některou z nich.

---

<sup>15</sup> Špatenková, 2004, str. 23



**Distanční forma pomoci** je k dispozici pro klienta, který je prostorově vzdálen od krizového intervenanta. Zahrnuje především telefonický nebo internetový kontakt s klientem.

**1. Telefonická pomoc** nabízí klientům podporu skrze telefon. Je realizována zejména formou linky důvěry. Samotné linky důvěry bývají specializovány na určitou skupinu klientů (např. Linka důvěry pro děti a mládež, Gay linka pomoci, Linka armády ČR atd.) nebo na specifický problém (Antikoncepční linka Cilestýna, Help Lina AIDS atd.). V případě ohrožených dětí již několik let úspěšně funguje Linka bezpečí.

**2. Internetová pomoc** je realizována prostřednictvím internetu. Jde o službu relativně novou, ale výhledově lze předpokládat stoupající zájem o tuto formu pomoci, převážně také u dětí a mládeže.

Když zařízení specializovaná na krizovou intervenci účinně spolupracují, mohou své klienty směřovat na další zařízení v “síti” a poskytnout tak návaznost na další formy pomoci. Př. dítě uprchlé z domova volá z ulice velkoměsta ve své beznaději na linku bezpečí. Odborník bezradné a vystrašené dítě vyslechne, zhodnotí naléhavost situace a může doporučit dítěti v bezmoci další možnosti odborné pomoci. Pracovníci linky mohou kontaktovat právě např. azylový dům pro děti, který má k dispozici krizová lůžka nepřetržitě celý den. Dítěti je poskytnuto útočiště, nemusí se vystavovat dalším ohrožením. Poskytnuto je mu neutrální prostředí, bezpečí a prostor pro to, aby se jeho situace dala řešit komplexně. Pracovníci azylového domu mohou dále kontaktovat právě např. dětské krizové centrum, které se bude specializovat na terapeutickou formu pomoci atd.

*Námi sledovaný chlapec Milan má tedy v případě, že mu bude diagnostikováno týrání a zanedbávání, možnost docházet do dětského krizového centra. Jeho záštitou se dočasně stává sociální pracovníce orgánu sociálně právní ochrany. Po dobu zjišťování stavu rodinného prostředí, jeho bezpečnosti případně jiných možností řešení v rámci širší rodiny, může být umístěn do některého typu ústavního zařízení.*

### **C) Systém pobytových služeb pro děti v obtížné životní situaci**

Děti vyžadující okamžitou pomoc, tedy zejména děti se syndromem CAN, bývají v České republice po dobu diagnostikování rodinné situace nejčastěji umísťovány na krizová lůžka diagnostických ústavů, dětských domovů či kojeneckých ústavů. Jedinou využívanou alternativou jsou pak zařízení Fondu ohrožených dětí – Klokánci, které však mají řadu kritiků pro neodbornost poskytované péče. Rovněž bývá, méně často, využíváno služeb středisek výchovné péče. Toto zařízení je však spíše řešením pro děti od 12 let s poruchami chování.

U třech z nich se zastavím podrobněji. Bude se jednat o středisko výchovné péče, diagnostický ústav a Klokánek. Vybrala jsem je podle toho, aby každý z nich zastupoval určitou typovou skupinu zařízení. Nahlédnutím do jejich fungování chci odhalit podmínky, jaké nabízejí pro přijaté děti. Rovněž je zajímavý fakt, jaké skupiny dětí, tedy dětí s jakými problémy, se v nich setkávají pohromadě.

### **SVP – Středisko výchovné péče pro děti a mládež<sup>16</sup>**

Činnost středisek výchovné péče pro děti a mládež vymezuje zákon č. 76/1978 Sb. ve znění pozdějších předpisů; metodický pokyn k organizační činnosti SVP č.j. 26 536/1997-22; metodický pokyn k poskytování poradenských služeb na školách a školských zařízeních č.j. 13 409/1998-24. Na základě těchto předpisů lze vymezit SVP jako zařízení, které poskytuje: **A)** ambulantní, celodenní nebo internátní všestranně preventivní výchovnou péči a psychologickou pomoc dětem a mládeži s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji. Kromě prevence poskytuje SVP péči zaměřenou na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování a to tehdy, pokud nenastal u jedince důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy. **B)** Dále SVP poskytuje preventivně výchovnou a psychologickou péči dětem a mládeži propuštěným z ústavní výchovy při jejich začleňování do společnosti. **C)** SVP také poskytuje odborné konzultace a pomoc zákonným zástupcům, pedagogickým pracovníkům škol a školských zařízení v oblasti výchovy a vzdělávání žáků s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a při jejich integraci do společnosti. **D)** Spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou při poskytování metodické pomoci školám a školským zařízením a v oblasti prevence sociálně patologických jevů.

---

<sup>16</sup> Srov. Pilař in Jedlička a kol., 2004, str. 288

Pro příklad uvedu činnost Střediska výchovné péče ve Slaném.

### **SVP Slaný<sup>17</sup>**

Středisko výchovné péče ve Slaném je rozhodnutím Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy od 1.9.2000 součástí Dětského diagnostického ústavu v Dobřichovicích.

SVP pečuje o klienty zpravidla ve věku od 6 do 19 let, popřípadě do ukončení jejich přípravy na povolání. Středisko vykonává **činnost poradenskou, terapeutickou, výchovně vzdělávací a diagnostickou**. Nabízí klientům okamžitou pomoc, radu nebo systematickou péči. Pracuje s rodinami klientů, ale i pedagogickými a sociálními pracovníky. Základním principem přijetí do střediska a účinnosti výchovného a psychologického působení je **svobodné rozhodnutí klienta a rodičů**, ochota rodičů či zákonných zástupců ke spolupráci.

V roce 2005/2006 pracovalo v SVP Slaný 16 zaměstnanců. Z toho byli 3 psychologové, 1 sociální pracovnice, 1 etoped, 8 vychovatelů a 3 asistenti vychovatele.

SVP je rozděleno na **ambulantní a internátní oddělení**. Pracovníci ambulantního oddělení pracují s klienty jak individuálně tak skupinově. V rámci **individuální práce s klienty** poskytují: • jednorázovou a dlouhodobou pomoc klientům a jejich nejbližšímu sociálnímu prostředí; psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku; • informace, konzultace; • speciálně pedagogickou péči; • krizovou intervenci. V rámci **skupinové práce** probíhá „skupina ohrožených dospívajících“ a „psychorelaxační cvičení“. V prvním případě se jedná o setkávání jednou týdně po dobu 90 minut s klienty ve věku 15 - 18 let s problémy v komunikaci s dospělými, s vrstevníky, ve školním kolektivu, s komplikovanou rodinnou situací. Setkání jsou zaměřena na poznávání sebe sama, nácvik sociálně komunikativních dovedností, pomoc při zvládání konfliktu atd. Psychorelaxační cvičení jsou určena pro děti mladšího školního věku s poruchami chování, pro děti neklidné, nesoustředěné, s hyperkinetickým syndromem, ale i pro děti úzkostné, obtížně navazující kontakty.

Pracuje se formou literárních, dramatických, výtvarných a hudebních technik, též se využívá autogenního tréninku, metod relaxace. K těmto cvičením patří i práce se

---

<sup>17</sup> Srov. <[http://www.dud.cz/files/VZ\\_SVP\\_Slany.pdf](http://www.dud.cz/files/VZ_SVP_Slany.pdf)>

skupinou rodičů, tzv. rodičovská rozhovorová skupina. Při práci s klienty využívají také **netradičních metod** jako je např. videotrénink interakcí (VTI).

K dalším službám patří konzultace a jednorázové či dlouhodobější spolupráce (rodiče, pedagogové sociální pracovníci, další kolegové); preventivně výchovné programy pro školy (např. program Šikana - práce s problematickou třídou); dobrovolnický program „Společně to dokážeme“(program na odstraňování školní neúspěšnosti jako primární příčiny poruch chování); příprava seminářů a poskytování praxe odborným školám.

**Internátní oddělení** je rozděleno na dvě výchovné skupiny s kapacitou 12 – 16 klientů. Oddělení je koedukované. Zajišťuje dobrovolné preventivně výchovné pobyty pro děti a mládež s výchovnými problémy zpravidla v délce 8 týdnů. Podmínkou přijetí jsou tři návštěvy ambulantního oddělení, kde je dětem určen vedoucí případu, který pak dítě provází po celou dobu jeho pobytu ve středisku a i po jeho ukončení.

Pobyt je založen na **tzv. režimové terapii** - pravidelné strukturaci dne, týdne a vůbec celého pobytu a systému hodnocení dodržování či nedodržování pravidel stanovených ve vnitřním řádu. **Pobyt** klienta je **strukturován** do třech fází: **1. fáze adaptační** (klient je hodnocen pouze dospělou autoritou pomocí 5 bodové stupnice); **2. fáze zátěžová** (připojuje se hodnocení všemi členy komunity pomocí „smajlíků“); **3. fáze výstupní** (klient se hodnotí sám na základě jím stanoveného týdenního úkolu).

Další metodou práce jsou **komunitní setkávání**. Na každotýdenních „velkých komunitách“ se mají děti možnost vyjádřit k pokrokům, které ony samy i druhé děti učinily, mají možnost navrhopvat změny pravidel. Nedílnou součástí komunitního modelu jsou každodenní „reflexní skupiny“ (večernice a polednice).

„Výcvikové skupiny“ umožňují klientům získat konkrétní sociální dovednost. Nezaměřují se na příčinu problémového chování, ale učí schopnost obstát v sociální interakci.

Jednu týdně probíhá dramaterapeuticko arteterapeutická skupina, které je průchozí. Používané terapeutické aktivity vycházejí z technik arteterapeutických, dramaterapeutických, ze zážitkové pedagogiky a nácviku sociálních kompetencí.

### **Diagnostický ústav**<sup>18</sup>

Činnost diagnostických ústavů je upravena v zákoně č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně jiných zákonů; zákonem č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších zákonů; zákonem ČNR č. 564/1990 Sb. o státní správě a samosprávě ve školství ve znění pozdějších zákonů. Podle zmiňovaného zákona č. 109/2002 Sb. plní diagnostický ústav úkoly diagnostické, výchovně vzdělávací, terapeutické, organizační, metodické a koncepční.

DÚ má Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy vymezenou oblast působnosti, **tzv. územní obvod**. Pro Ministerstvo vypracovává návrhy změn v síti dětských domovů a výchovných ústavů v tomto územním obvodu. DÚ má právo vyslat do zařízení náhradní výchovné péče odborného pracovníka, který je oprávněn ke vstupu do tohoto zařízení za účelem metodického vedení, koordinace a ověřování účelnosti postupů (př. schvalování vnitřního řádu dětského domova).

Na základě výsledků komplexního speciálně pedagogického, psychologického a sociálního vyšetření s přihlédnutím k jejich zdravotnímu stavu probíhá rozmisťování svěřenců do odpovídajících dětských domovů nebo výchovných ústavů.

DÚ poskytuje po dobu nezbytně nutnou (nejdéle tři pracovní dny) péči dětem a mladistvým s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou, zadrženým na útěku z jiných zařízení nebo z místa dočasného pobytu. Dětem a mladistvým zadrženým na útěku od rodičů nebo od jiných osob odpovědných za výchovu, poskytne DÚ péči po rozhodnutí soudu o předběžném opatření.

Pobyt svěřence v DÚ trvá zpravidla 8 týdnů. V odůvodněných případech je svěřenec umístěn diagnostickým ústavem do dětského domova nebo výchovného ústavu administrativně, bez předchozího pobytu v DÚ. Spolu se svěřencem předává DÚ zařízení náhradní výchovné péče návrh individuálního výchovného plánu.

DÚ vede evidenci svěřenců umístěných v zařízeních náhradní výchovné péče a vede evidenci volných míst v těchto zařízeních.

DÚ se vnitřně člení na čtyři, relativně samostatná oddělení - diagnostické, výchovně vzdělávací, sociální práce a záchytné. Základní organizační jednotkou je **výchovná skupina**. V diagnostickém ústavu bývají zřizovány nejméně tři výchovné

---

<sup>18</sup> Srov. Pilař in Jedlička a kol., 2004, str. 308

skupiny. V jedné skupině mohou být nejméně čtyři a nejvíce šest svěřenců. Diagnostické ústavy jsou diferencovány podle věku svěřenců, popřípadě podle pohlaví.

### **Diagnostický ústav Dobřichovice<sup>19</sup>**

“Diagnostický ústav Dobřichovice je školské zařízení pro děti, u nichž se rozhoduje o dalším umístění do zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Pokud je vydáno předběžné opatření a soud během vymezené doby nerozhodne o nařízení ústavní či ochranné výchovy, je zde předpoklad zkvalitnění péče v rodinném prostředí a děti jsou po nabytí právní moci rozsudku umístěny zpět domů nebo k příbuzným, kteří jsou schopni se o ně dostatečně postarat. Možné je i svěření dětí do pěstounské péče.”<sup>20</sup>

Po skončení zhruba 2 měsíčního diagnostického pobytu jsou děti s nařízenou ústavní výchovou na základě závěrů komplexní diagnostiky rozmísťovány do různých zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy - dětských domovů, dětských domovů se školou (dříve výchovné ústavy) nebo speciálních internátních škol.

Diagnostický pobyt by měl zajistit co nejkomplexnější poznání individuální problematiky a dynamiky obtíží dítěte. “Na základě průběžných poznatků během pobytu v DÚ a konečných závěrů je pak možno stanovit opatření vedoucí k nápravě stávajícího nevhodného chování či celkové situace dítěte.”<sup>21</sup> Proto je důležitý komplexní pohled pedagogů, psychologů, psychiatrů, sexuologů, etopedů, sociálních pracovníků a dalších spolupracujících institucí.

Během pobytu nejde pouze o diagnostiku. Odborný tým, podle pracovníků DÚ Dobřichovice, poskytuje každému dítěti podpůrnou a terapeutickou péči a vzdělání. Umožňuje také konzultace rodinám dětí, které jsou v ústavu umístěny.

Přijímány jsou děti plnící povinnou školní docházku s nařízenou ústavní výchovou, ochrannou výchovou nebo soudem vydaným předběžným opatřením o umístění. V menší míře jde o preventivní, tzv. dobrovolné pobyty na žádost rodičů. Diagnostický ústav také poskytuje na přechodnou dobu péči dětem zadrženým na útěku od osob odpovědných za výchovu nebo pro děti na útěku z jiných zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Scházejí se zde děti poznamenané nedostatečnou nebo nepřiměřenou primární péčí - děti zanedbávané, týrané,

---

<sup>19</sup> Srov. <[http://www.dud.cz/files/VZ\\_DU\\_Dobri.pdf](http://www.dud.cz/files/VZ_DU_Dobri.pdf)>

<sup>20</sup> Tamtéž

<sup>21</sup> Tamtéž

zneužívané. Dále děti, v jejichž rodinné anamnéze se často vyskytuje rozvod, násilí mezi rodiči, alkoholismus jednoho či obou z rodičů, pobyt ve vězení, citová labilita, sociální nepřízpůsobivost, duševní choroby, poruchy chování a delikvence u některého z rodičů.

Děti umístěné v DÚ Dobřichovice navštěvují příslušný ročník ZŠ, ZvŠ, PŠ, případně víceletého gymnázia. Výuka probíhá dle platných vzdělávacích programů schválených MŠMT.

Co se týče personálních předpokladů v zařízení, z výroční zprávy jsem se dozvěděla, že v DÚ Dobřichovice v roce 2005/2006 pracovalo 42 “pedagogických pracovníků” a 19 “nepedagogických pracovníků”. Bližší specifikaci jsem nenašla. Zařízení má kapacitu 42 lůžek.

### **Klokánek**

Klokánek je projekt Fondu ohrožených dětí, “jehož cílem je změnit dosavadní nevyhovující systém ústavní výchovy a nahradit jej v co největší míře přechodnou rodinnou péčí na dobu, než se dítě může po vyřešení nebo zlepšení situace vrátit domů, nebo než je pro něj nalezena trvalá náhradní rodina”.<sup>22</sup>

Klokánky mají pověření MPSV jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

O děti “po všech stránkách”<sup>23</sup> pečují střídavě po týdnu dvě “tety”, případně manželský pár. V “klokaní rodině” bývají zpravidla čtyři děti, v případě sourozenců či krátkodobého pobytu maximálně šest dětí. Děti jsou přijímány bez ohledu na věk, tedy již od narození a to z důvodu, aby nemusely být zpřetrhány sourozenecké vazby. Děti jsou přijímány “přímo”, bez předchozího pobytu v diagnostickém ústavě. Děti lze přijmout na základě předběžného opatření, nebo na žádost rodičů či samotného dítěte. Klokánky mají nepřetržitý provoz.

V Klokánku jsou děti po dobu nezbytně nutnou, než se tedy mohou vrátit do rodinného prostředí nebo než je pro ně nalezena náhradní rodina. Průměrná doba pobytu dítěte v Klokánku je 6 měsíců.

Děti navštěvují svou původní školu, pokud tomu nebrání velká vzdálenost. Rodiče mohou děti kdykoli navštěvovat, brát si je na vycházky, víkendy domů, pokud tomu nebrání závažné důvody ohrožující bezpečnost dítěte.

---

<sup>22</sup> Srov. <<http://www.fod.cz/stranky/klokanek/principy.htm#1>>

<sup>23</sup> Tamtéž

“Klokaní rodiče” (tety a strýcové) procházejí psychologickým vyšetřením. Musejí splňovat následující požadavky:

- morální a trestní bezúhonnost
- věk 35 – 55 let
- zkušenosti z péče o děti
- středoškolské vzdělání
- osobnostní struktura – “dostatek empatie, schopnost vytvořit svěřeným dětem útulné a citově vřelé prostředí, schopnost řádného vedení domácnosti, včetně vaření, odolnost vůči psychické a fyzické zátěži”<sup>24</sup>

FOD k roku 2005 provozuje 13 zařízení pro děti vyžadujících okamžitou pomoc s celkovou kapacitou 210 míst. Z toho 16 míst ve vlastních bytech (v rodinných domcích) a 194 míst v “Klokáncích”. Od zprovoznění prvního Klokánku v Žatci v září 2000 bylo do těchto zařízení přijato k roku 2005 celkem 1 132 dětí.

*Milan, námi sledovaný chlapec, by se při absenci zařízení specializovaných na tuto skupinu dětí podle všeho se svou uzavřeností, ustrašeností, nekomunikativností, problémy s pomočováním dostal do diagnostického ústavu, dětského domova nebo Klokánku.*

Diagnostický ústav je dle mého názoru pro děti týrané, zneužívané a zanedbávané zařízením nevhodným. Ve výchovných skupinách se tu setkávají s dětmi s poruchami chování, dětmi na útěku i dětmi kriminálními. Nemyslím si, že by velkokapacitní zařízení docílilo individuálního přístupu k těmto dětem. Nemyslím, že by pro děti vytvořilo prostředí bezpečné a s prostorem pro odpočinku a terapii. Těžištěm práce s dětmi je totiž režim. Na dítě je vyvinut velký tlak co se týče nároků na dodržování stanovených pravidel. Podle chování dětí v tomto „presu“ je pak prováděna diagnostika a na základě tohoto hodnocení jsou děti umísťovány do dalších zařízení.

Zařízení Klokánků mě oslovuje ve svém rodinném modelu s možností individuality a simulace rodinného prostředí. Myslím, že může být zajímavou alternativou ústavům. Považuji taky za inspirativní požadavek na zralost a výchovnou zkušenost „tet a strýců“. Nesouhlasím však s nekvalifikovaností výchovných pracovníků. Vychovatelé před přijetím projdou psychologickými testy,

---

<sup>24</sup> Tamtéž



ty jsou však téměř jedinou podmínkou na odbornost. Takto specifická skupina dětí, na něž se zařízení specializuje, vyžaduje odborné znalosti a výcvik. Nikde jsem taky nenašla zmínku o supervizi zaměstnanců. Přitom pracovní doba jednoho celého týdne musí být více než náročná v nárocích na psychiku pracovníka.. Taky mám obavu z fixace dětí na jednu tetu, která je s dětmi v intenzivním kontaktu, i když chápu snahu o stálost dospělé osoby. Celkově mě služba Klokánků přijde spíše neprofesionální.

V další části práce bych ráda představila zařízení Azylového domu Přemysla Pittra pro děti jako možnou alternativu k výše zmíněné nabídce pobytových služeb pro děti v obtížné životní situaci a jako alternativu ke zmiňovaným „všeřešícím“ diagnostickým ústavům. Než k tomu přistoupím, pokusím se nejprve o vymezení tohoto typu zařízení.

## **II. část**

### **III. Vymezení pojmu „azylový dům pro děti“**

Pojem „azylový dům pro děti“ není obvyklý a užívaný. Není vymezen odbornou terminologií a ani legislativně. Příslušné zákony hovoří o azylových domech pouze ve smyslu zařízení pro osoby bez přístřeší. Většinou mají odborníci a zákonodárci na mysli azylové domy pro muže bez domova nebo azylové domy pro matky s dětmi. Azylový dům pro děti je zařízením zatím „neuchopeným“ a ojedinělým. V následujícím textu se tedy, na základě dostupné literatury a příslušných zákonů, o toto vymezení pokusím.

Azylový dům pro děti patří v první řadě k **sociálním službám**. Sociální služba je podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách „činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, a musí zabránit jejich sociálnímu vyloučení“. Zařízení AD pro děti nabízí jak **služby pobytové** (krátkodobý, „krizový“ pobyt) tak **služby ambulantní**. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Obecně je podle zmiňovaného zákona azylový dům pro děti zařízením **služeb sociální prevence (intervence)**. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou pro krizovou sociální situaci ohroženy. Ve výčtu služeb sociální prevence ve zmiňovaném zákoně uvedených není vymezení „azylový dům pro děti“. Tato služba stojí na pomezí třech typů služeb. Jedná se o služby: „azylové domy“, „krizová pomoc“, „sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi“. Služba zajišťuje rovněž sociální poradenství, které je coby poskytování informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace základní činností všech druhů sociálních služeb.

Podle tohoto zákona poskytují **azylové domy** obecně pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Co se týče AD pro děti je toto vymezení nepřesné, neboť cílovou skupinou uživatelů této služby nejsou lidé bez možnosti bydlení, tudíž v rámci služby není řešen tzv. bytový problém. Služba je pojmem azylový dům označena ve smyslu poskytování

útočiště (azylu) pro děti „bez domova“, ve smyslu ztráty funkčního nebo bezpečného domácího či rodinného zázemí.

**Krizová pomoc** je, podle zmíněného zákona, služba poskytována na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života. V případě AD pro děti se tedy jedná o službu pro děti v situaci ohrožení. Krizová pomoc je služba poskytována bez úhrady. Jedná se o službu vyžadující kompetentní krátkodobou efektivní pomoc. Pracovník poskytující krizovou pomoc musí umět spolupracovat s jinými institucemi. Krizové služby musejí navazovat na terapeutické programy. Služba by měla být dobře dostupná, pokud možno nepřetržitě.

Z hlediska cílové skupiny klientů je **AD služba pro děti** (ve věku od 3 do 18 let) **v obtížné životní situaci**, jimž poskytuje neodkladnou pomoc. Mezi tuto skupinu dětí patří zejména děti zanedbávané, týrané a zneužívané (dětí se syndromem CAN). Mezi základní okruhy činnosti patří komplexní péče o ně, psychosociální poradenství, pomoc dětem vyrovnat se s traumatizujícími prožitky a situacemi, snaha řešit výchovné problémy dětí i konflikty mezi rodiči a dětmi, poskytování poradenství rodičům při výchově a vzdělávání dětí, psychologická vyšetření dětí a práce s ohroženou rodinou. Služby AD pro děti jsou určeny dětem ale také **celým rodinám**.

Dle ustanovení § 39 odstavce 1 písm. c) zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen "zákon o sociálně-právní ochraně dětí"), mohou obce a kraje zřizovat zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Tyto zařízení mohou dle ustanovení § 48 odstavce 2 písm. c) zákona o sociálně-právní ochraně dětí zřizovat také osoby pověřené k **výkonu sociálně-právní ochrany**.

Podle §42 odst. (1) **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc** poskytují ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Ochrana a pomoc takovému dítěti spočívá v uspokojování základních životních potřeb, včetně ubytování a v zajištění lékařské péče zdravotnickým zařízením, psychologické a jiné obdobné nutné péče. V zařízení se poskytuje ochrana a pomoc dítěti po dobu, než rozhodne soud o návrhu obecního úřadu obce s rozšířenou působností na nařízení předběžného opatření.

## **Sociálně – právní ochrana dětí<sup>25</sup>**

SPOD vychází ze zákona č. 359/1999Sb. o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. SPOD se rozumí zejména: ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění, působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny.

SPOD zajišťují orgány sociálně-právní ochrany, jimiž jsou: krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, ministerstvo, Úřad pro mezinárodně-právní ochranu dětí. Dále pak obce v samostatné působnosti, další právnické a fyzické osoby, jsou-li výkonem sociálně-právní ochrany pověřeny.

Výchozím hlediskem SPOD je zájem o blaho dítěte. Zaměřuje se především na děti, jejichž rodiče zemřeli, neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti; na děti, které byly svěřeny do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče; děti, které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, požívají alkohol nebo návykové látky, živí se prostitucí, spáchaly trestný čin, páchají přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití; děti, které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za jejich výchovu; děti, na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, jejich lidskou důstojnost nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu.

Opatření SPOD se uplatňuje v oblasti preventivní a poradenské činnosti, ochrany dětí, při svěřením dítěte do výchovy jiných osob než rodičů, zprostředkování osvojení a pěstounské péče, ústavní a ochranné výchovy, péče o děti vyžadující zvláštní pozornost, sociálně-právní ochrany ve vztahu k cizině, sociálně-právní ochrany ve zvláštních případech, zřizování zařízení odborného poradenství a poskytování sociálně-právní ochrany pověřenými osobami.

AD pro děti je zařízením pověřeným k výkonu sociálně právní ochrany a zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

---

<sup>25</sup> Srov. Vašutová in Paulík, 2002, str. 112

### AD pro děti je tedy:

- sociální služba
- služba sociální prevence (intervence)
- služba pro děti v obtížné životní situaci (zejména děti se syndromem CAN)
- služba poskytovaná rodinám
- krizová (krátkodobá) služba (služba krizové intervence)
- služba pobytová a ambulantní
- služba pověřená výkonem sociálně právní ochrany dětí (tzv. okamžitá pomoc)

### Další charakteristiky:

Jiří Dunovský ve své publikaci Sociální pediatrie hovoří o dětech žijících mimo vlastní rodinu a o systému péče o děti ocitnuvší se mimo vlastní rodinu. Jako jeden z principů péče o tyto děti uvádí „umístění mimo rodinu krátkodobě“. V případě krátkodobého pobytu dítěte mimo rodinu autor uvažuje „o pobytu ve více méně **neutrálním prostředí**, které by dítě rodině neodcizilo, naopak poskytovalo možnosti jeho návratu domů“.<sup>26</sup> Takovým místem obvykle bývá umístění u jiné osoby než rodiče, anebo v ústavu. Právě azylový dům pro děti je, poskytnutím neutrálního a bezpečného zázemí pro ohrožené děti, alternativou těchto zmíněných možností. Umístění dítěte se uskutečňuje na základě dohody rodičů se zařízením a nebo na základě rozhodnutí soudu o svěření dítěte do péče azylového domu předběžným opatřením.

Dalším výrazným znakem zařízení AD pro děti je jeho **rodinný model**. Počet krizových lůžek nepřesahuje počet cca 10 míst.

Další charakteristika, která může vymezovat AD pro děti, je poslání tohoto zařízení. Posláním AD pro děti je pomoc dětem a jejich rodinám v tíživé životní situaci. Poskytnutím **útočiště** a **profesionální pomoci** v zařízení rodinného typu napomoci dítěti k **návratu do ošetřené rodiny**. V případě nemožnosti návratu z důvodů závažných problémů hledat optimální řešení společně s dalšími kompetentními pracovišti státní i nestátní sféry se snahou v co největší míře předcházet návrhům na ústavní výchovu dětí.

---

<sup>26</sup> Dunovský, 1999, str. 226

**Ad pro děti je dále:**

- **neutrální prostředí**
- **rodinný typ zařízení (oproti ústavům)**
- **útočiště**
- **profesionální pomoc (důraz na odbornou způsobilost zaměstnanců)**
- **posláním je návrat dítěte do rodiny**

## **IV. Azylový dům Přemysla Pittra pro děti**

### **1.Charakteristika zařízení:**

Azylový dům Přemysla Pittra je projektem občanského sdružení Dům tří přání. Posláním občanského sdružení je zřizování a provoz azylových domů pro děti a přispět tím k vytvoření sítě zařízení, která pomáhají dětem a jejich rodinám v tíživé životní situaci. Občanské sdružení Dům tří přání bylo pověřeno výkonem sociálně právní ochrany dětí rozhodnutím Magistrátu hl. m. Prahy ze dne 6. 6. 2003. První z realizovaných projektů je právě Azylový dům Přemysla Pittra pro děti na Praze 6. Plný provoz AD byl zahájen 1. září roku 2003. „Poskytnutím útočiště a profesionální pomoci v zařízení rodinného typu chceme umožnit návrat do ošetřené rodiny. V případě závažných problémů a nemožnosti návratu hledáme optimální řešení ve spolupráci s kompetentními pracovišti státní i nestátní sféry. Cílem je tedy podpora rodiny v krizi.“<sup>27</sup>

Azylový dům je tedy zařízení rodinného typu s individuálním přístupem k dítěti i celé rodině a tím je významnou alternativou diagnostických ústavů pro děti a mládež.

Přijímány jsou děti od 3 do 18 let na základě souhlasu rodičů nebo jiného zákonného zástupce, či na základě předběžného opatření soudu. Má celopražskou působnost, ale přijímány jsou i děti z jiných krajů. Provoz je celoroční, 24 hodin denně a veškeré poskytované služby jsou zdarma. Cílem pobytu je zlepšení psychického a fyzického stavu dítěte, podpora rodičů či rodičovských osob a rozvoj jejich výchovných kompetencí, pomoc při řešení krizové situace a tím umožnění návratu dítěte do stabilizovaného rodinného prostředí.

### **2.Organizace zařízení a personální složení:**

AD je rozdělen na ambulantní a lůžkovou část. Ambulantně probíhají psychoterapeutická a rodinně terapeutická sezení, výchovné a sociální, příp. sociálně právní poradenství a konzultace. Lůžková část sestává ze sedmi pobytových a tří krizových lůžek.

Na ambulanci pracují ředitelka AD (psychoterapeutka), sociální pracovnice, etopedka a dvě terénní pracovnice. Do jejich pracovní náplně patří psychoterapeutické a sociálně terapeutické konzultace, práce s rodinou, poradenský

---

<sup>27</sup> Dům tří přání o. s., 2004



servis, případová práce v propojení s lůžkovou částí. Svou činností pracovníci ambulance zajišťují chod pobytového oddělení i po organizační stránce.

V pobytové části pracuje pět až šest vychovatelů. Do pracovní náplně vychovatele patří přímá péče o děti, organizace a aktivní účast ve výchovných programech, podpora při přípravě na vyučování.

Všichni zaměstnanci mají vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v daném oboru. Stálý tým doplňují externí spolupracovníci - psychologka, psychiatra a ekonomka.

Všichni pracovníci se v rámci zvyšování profesionality zúčastňují řady odborných kurzů, seminářů, výcviků. V rámci psychohygieny probíhá dvojí typ supervizí. Klientská supervize, která se uskutečňuje jednou měsíčně pod vedením PhDr. Hany Vyhnálkové. V rámci týmové supervize se zaměstnanci jednou měsíčně účastní bálintovských skupin s prvky psychodramatu pod vedením MUDr. Romany Hronové a Mgr. Michala Vybírala. Individuální supervizi poskytuje PhDr. Gabriela Langošová. V počátcích AD byl odborným supervizorem PhDr. Zdeněk Rieger.

Odbornou garanci projektu převzal Pražský psychoterapeutický institut a Doc. MUDr. Jaroslav Skála.

Při práci se v AD snaží o naplňování Standardů kvality sociálních služeb vydaných MPSV roku 2002.

### **3. Komu jsou služby AD určeny:**

Služby Azylového domu jsou určeny zejména rodinám v přechodné krizi; rodinám s reaktivními útoky dítěte, poruchami chování; dětem matek samoživitelek, které o ně nemohou přechodně pečovat (např. hospitalizace apod.); rodinám s dětmi s problémy v pubertě; ztraceným, opuštěným dětem; **dětem týraným, zneužívaným a zanedbávaným**; dětem z dysfunkčních rodin; rodinám s potřebou respitní péče; nezletilým těhotným dívkám v tíživé životní situaci.

Za celkovou dobu provozu tří let patří ke klientům nejčastěji využívajících služby AD děti týrané a zanedbávané, děti rodičů alkoholiků, prarodiče vychovávající teenagera, přičemž nejčastěji se jedná o dítě vlastních dětí.

Klientem, který může vstoupit na pobyt v AD, může být dítě ve věku od 3 do 18 let. Kontraindikací pro příjem je závislost na jakýchkoli omamných látkách a trestná činnost klienta (ne pokud se jedná o drobné delikty dětí či mladistvých, které jsou spíše upozorňujícím alarmem na některý druh krize v rodině). Podmínkou

setrvání v AD je dodržování „Pobytového řádu AD“, s nímž jsou dětští klienti seznamováni ještě před přijetím na pobyt. Pobyt dítěte či mladistvého v AD zpravidla trvá od 1 dne (akutní příjmy na 24 hodin, např. děti na útěku, se souhlasem soc. pracovníků či zákonných zástupců, !AD nepřijímá „děti z ulice“ bez vědomí sociálních pracovníků příslušných městských úřadů!) až k pobytu na 3 měsíce. Tři měsíční doba je stanovena jako maximální doba délky pobytu v AD. V některých případech však dochází k prodlužování této mezní lhůty a to v důsledku průtahů v soudních řízeních v případech, kdy je dítě do AD umístěno na základě předběžného opatření soudu a návrat dítěte do rodiny není možný z důvodu ohrožení dítěte na zdraví. Což nebývá jev pozitivní, a to hlavně ne pro děti - dochází k větší fixaci na prostředí AD (!AD je především krizová a diagnostická služba!) a děti jsou příliš dlouho vystaveny tlaku v důsledku nejistoty.

#### **4. Metodika práce s klientem:**

Za klienta je považováno dítě i rodina. Pobyt dítěte začíná podepsáním „Smlouvy o pobytu“ zákonným zástupcem dítěte. V ní jsou stanovena jednotlivá pravidla vztahu mezi klientem a AD. Klient sám se podílí na službě tím, že ve spolupráci nalézá „zakázku“, potřebu, nutnou změnu, podporu atd. Tu pak formuluje do tzv. „Kontraktu“. Ten není právním, vynutitelným dokumentem. Slouží k zorientování se klienta ve své situaci a zacílení pomoci. Kontrakt je možné během pobytu několikrát měnit, podle aktuální potřeby klienta. Kontrakt je pak realizován individuálním plánem klienta (dítěte) ve spolupráci ambulantní i lůžkové části zařízení.

Během pobytu dítěte v AD o něj každodenně přímo pečuje výchovatelský tým. Dítěti je v souladu se „zakázkou“ stanoven individuální plán. V souladu s ním probíhají jednou týdně individuální „krizová“ terapeutická sezení. Každé dítě má svého klíčového pracovníka – „patrona“, který koordinuje všechny poskytované služby. Podmínkou pobytu dítěte v AD na základě dobrovolného rozhodnutí rodičů jsou pravidelná docházení rodičů na setkávání zaměřená na výchovné a sociální poradenství. Setkání se zpravidla účastní patron a psychoterapeutka (paní ředitelka). Součástí služeb během pobytu dítěte v AD je pravidelná dětská komunita, které se povinně jednou týdně účastní všichni ubytovaní klienti. Účelem této skupinové formy práce je vytvoření bezpečného prostoru pro otevření „témat“, která se týkají

vzájemného soužití klientů. Komunita využívá řady sebezpoznávacích technik. Vedou ji dvě pracovnice.

Pobyt dítěte či mladistvého v AD je do značné míry určován „Pobytovým řádem AD“ a autoritou vychovatele. Pobytový řád je vnitřní dokument AD, soubor pravidel společného života klientů a pracovníků AD. Zajišťuje klientům orientaci v novém prostředí a pocit bezpečí. Umožňuje jim uspořádat si svůj životní čas a prostor. Většina dětských klientů nemá vědomí hranic a pravidel. Setkává se s nimi právě až v AD. Důležitým předpokladem toho, aby se dítě v AD cítilo bezpečně, je jednotnost všech výchovných pracovníků v požadavcích na dítě a v trestech a odměnách. Zároveň je zde prostor k tomu, aby se dítě učilo respektovat individualitu každého vychovatele. V této souvislosti se dá hovořit o tom, že zde probíhá přirozená terapie prostředím. Kromě důsledného přístupu k dětským klientům v souladu s „řádem“ zařízení, patří k dalším činnostem vychovatele výchovný program pro děti a příprava dětí do školy.

Pracovníci ambulance nejen pracují se samotným dítětem a rodinou, ale komunikují také se sociálními pracovníky a kurátory patřičných městských úřadů, s kmenovými školami dětí (popř. stanovují individuální studijní plán), se smluvní školou AD (ZŠ T. M. Masaryka na Praze 6, kam děti během pobytu v AD docházejí), s jinými odbornými pracovišti státní i nestátní sféry (DKC – Dětské krizové centrum a AD pojí vzájemná úmluva o spolupráci, krizové centrum má v AD přednostní lůžka; DOM; STŘEP; PREV-centrum; SVP Klíčov; diagnostické ústavy a další) a dalšími odborníky, kteří zajišťují odbornou diagnostiku pro klienty AD (odborní lékaři; psychologka – PhDr. Alena Paloušová; psychiatra – MUDr. Taťána Hněvkovská).

Všechny informace o dítěti a rodině se pak kompletují na pravidelných každotýdenních poradách.

AD se snaží o prevenci nařízení ústavní výchovy. V případech vážného ohrožení zdraví a vývoje dítěte, kdy návrat do rodiny není možný, usiluje o komunikaci s příslušnými diagnostickými ústavami a nahrazuje jejich „diagnostiku“ diagnostikou provedenou v AD, aby dítě nemuselo přebývat v dalším přechodném, nestálém prostředí, nerodinném, v prostředí masovém a stresovém. V této souvislosti pracuje na ambulanci etopedka. V současné době se podařilo rozvinout komunikaci se dvěma pražskými diagnostickými ústavami a podařilo se, že někteří klienti AD, jimž byla nařízena ústavní výchova, přešli z AD rovnou do vybraného Dětského domova.

Po ukončení pobytu klienta v AD zajišťují návaznost péče terénní pracovníci. S dítětem a rodinou navazují kontakt již během pobytu. Po jeho ukončení doprovází klienta do dalších zařízení následné péče, zařizují nadstandardní služby a jiné. V některých případech se s rodinou pravidelně scházejí na pravidelných setkáních a poskytují sociální, výchovné a právní poradenství, pomáhají rodičům posilovat jejich výchovné kompetence, nalézat práci, motivovat k terapiím atd. „Zakázka“ a pravidla spolupráce jsou podepsána rovněž v „Kontraktu“ o poskytovaných službách. Dalším úkolem terénních pracovníků je navazování spolupráce s ostatními zařízeními státními i nestátními.

Průměrný počet klientů , kteří ročně využívají služby AD je - cca 50 dětí, kterým bývá poskytnuto útočiště (viz Příloha č. 5); 90 dětí a rodin, kterým je poskytována ambulantní pomoc; a 600 intervencí (i telefonických a jiných) ročně celkově.

### **5. Financování:**

Azylový dům je financován z dotací MPSV ČR a Magistrátu hl.m. Prahy. Finanční prostředky jsou dále získávány z grantů různých nadací – Nadace Civilia, Spolek Milidu – Nadace Přemysla Pittra a Olgy Fierzové, Nadace Olgy Havlové, Nadace Eurotel, NROS a další. AD dále, ať už finančně nebo přímo materiálně, podporují i některé soukromé osoby a firmy.

Novinkou je rozšíření týmu o fundraisingového pracovníka. Veřejná propagace a psaní grantů donedávna patřila k náplni práce pracovníků ambulance, což komplikovalo samotnou práci poradenskou. Jiným sháněním finanční podpory AD, zejména té podpory sponzorské, se zabývají někteří členové občanského sdružení.

Prezentace AD probíhá každoročními Výročními zprávami, příspěvky na odborných seminářích či jiných akcích a prostřednictvím webových stránek [www.dumtriprani.cz](http://www.dumtriprani.cz)

### **6.Kontakt:**

Azylový dům Přemysla Pittra pro děti; Karlovarská 18, Praha 6 – Ruzyně;

Tel.: 235 302 698;

Mail: [dumtriprani@seznam.cz](mailto:dumtriprani@seznam.cz)

## **V. Standardy kvality sociálních služeb a AD Přemysla Pittra**

Vedení zařízení usiluje v realizaci služby rodinám a dětem v obtížné životní situaci o naplňování „Standard kvality sociálních služeb“, což deklaruje i ve výročních zprávách občanského sdružení Dům tří přání. Co se týče typu služby, kterou poskytuje, je zařízením ojedinělým. Proto je v zavádění standardů odkázáno především na vlastní provoz. Druhové standardy pro azylové domy pro děti pod zastřešující odbornou garancí některé organizace neexistují. Samo vymezení tohoto typu zařízení není k dispozici ani v odborné literatuře, ani legislativně.

„Standardy kvality sociálních služeb“ – materiál předložený MPSV v roce 2002, v sobě spojuje zkušenosti terénu a nejnovější poznatky v oblasti poskytování sociálních služeb. Vycházejí z koncepce základních lidských práv a svobod. Naplňují tak Deklaraci základních lidských práv a svobod a řadu právních dokumentů České republiky.

Výchozím principem při tvorbě standardů kvality byla snaha zajistit, aby sociální služby směřovaly k podpoře setrvání člověka nacházejícího se v nepříznivé osobní situaci v přirozeném prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vazeb.

Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou **souborem** měřitelných a ověřitelných **kritérií**, jejichž prostřednictvím je definována nezbytná úroveň kvality poskytování sociálních služeb **v oblasti procedurální, personální a provozní**. Jejich smyslem je umožnit posouzení kvality poskytované služby průkazným způsobem.

Procedurální standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je třeba dát si pozor, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Značná část textu je věnována ochraně práv uživatelů a vytváření ochranných mechanismů jako jsou např. stížnostní postupy.

Pokusím se teď o vlastní stručné hodnocení toho, jak se v Azylovém domě Přemysla Pittra pro děti daří tyto národní standardy kvality za dobu svého tří a půl ročního působení naplňovat. Zaměřím se především na standardy procedurální.

## **Procedurální standardy:<sup>28</sup>**

### **1. standard – cíle a způsoby poskytování služeb**

**Posláním** AD je pomoc dětem a jejich rodinám v tíživé životní situaci. Poskytnutím útočiště a profesionální pomoci v zařízení rodinného typu napomoci dítěti k návratu do ošetřené rodiny. V případě nemožnosti návratu z důvodů závažných problémů hledat optimální řešení společně s dalšími kompetentními pracovišti státní i nestátní sféry se snahou v co největší míře předcházet návrhům na ústavní výchovu dětí.

Poslání své služby má zařízení písemně vymezeno a jsou s ním ztotožnění všichni jeho pracovníci. Každý půl rok na poradách celého pracovního týmu probíhá reflexe naplňování tohoto stanoveného poslání. Na formulaci poslání se při vzniku zařízení podíleli všichni zaměstnanci ambulantní části AD.

**Cílem** je tedy podpora rodiny v krizi. Cílem poskytovaných služeb je zlepšení psychického a fyzického stavu dítěte, získání korektivní zkušenosti, objevení a rozvoj přirozeného potenciálu dítěte, podpora rodičů či rodičovských osob v řešení krizové situace, rozvoj jejich rodičovských kompetencí, stabilizace rodinného prostředí. Cílem přesahujícím samotnou službu AD je nalezení způsobu následné odborné podpory pro rodinu po překonání krize a to především v místě bydliště rodiny.

Tyto obecně pojaté cíle jsou dále specifikovány v rámci individuálních plánů péče u každého klienta (uživatele) v souladu s jeho specifickou situací a zakázkou, což je tématem každotýdenních pracovních porad a pravidelných supervizí.

Co se týče cílů rozvoje zařízení jako takového (např. vytvoření pracovní pozice terénního pracovníka pro poskytování následných služeb klientům po ukončení pobytu v AD, navázání spolupráce s určitým zařízením, zapojení do společných projektů v rámci dalšího vzdělávání sociálních pracovníků, plán supervizí atd.), ty formuluje ředitelka zařízení po zjištění postojů a připomínek ostatních pracovníků a samozřejmě na základě zjištěných preferencí samotných klientů a jiných zařízení s AD spolupracujících. Písemně bývají formulovány v rámci vypracovávání žádostí o granty. Zda jsou písemně formulovány výhradně pro účely zařízení to mi není známo. Každopádně není výslovná možnost, aby mohl zaměstnanec (mimo vedení) do takových seznamů nahlížet.

---

<sup>28</sup> Srov.< <http://www.mpsv.cz/cs/1458>>

Při poskytování podpory rodinám a dětem pracovníci vycházejí z individuálních potencialit každého klienta, z možností jejich přirozených sociálních sítí. V přijímací fázi bývá společně s klientem (dítětem a rodinou) hledána zakázka (co by klient chtěl, aby se změnilo; s čím by mu pobyt v AD mohl pomoci), ta je následně zformulována do „Kontraktu“, což je smlouva mezi uživatelem a poskytovatelem služby (AD), která vymezuje poptávku klienta a nabídku zařízení a rozdělení vzájemných kompetencí v průběhu trvání pracovního vztahu. Tato smlouva bývá v průběhu služby podle potřeb klientů měněna nebo doplňována. Do spolupráce na naplňování klientovy zakázky se snaží pracovníci zapojovat subjekty z klientova nejbližšího okolí, v němž žije. Spolupracuje se se školami dětí, s PPP v místě bydliště, s sociálními pracovníky příslušných OPD (OSP), s poradnami pro manželské a mezilidské vztahy atd. Do podpory rodiny bývají zapojovány příbuzní širší rodiny. Následná péče je vyhledávána a oslovována právě v místě bydliště klienta. Jedním z cílů služby je právě návrat dítěte do stabilizované rodiny a podpora fungování rodiny v jejím přirozeném prostředí. Proto zařízení usiluje o vymezení nové pracovní pozice terénního sociálního pracovníka, který by koordinaci následné podpory a provázení rodiny po ukončení bezprostředních služeb AD zajišťoval. Otázkou však zůstává, jestli tato služba není nad rámec možností a hlavního poslání tohoto zařízení a tím je především pomoc v krizové situaci.

Pro mě osobně je ještě diskutabilní otázka zakázky klienta. Do zařízení přicházejí klienti buď na základě vlastních rozhodnutí a motivace, ale také klienti, kteří vstupují do vztahu s AD nedobrovolně (např. v případě týraného dítěte), dále je častou situací rozdílná zakázka OPD, které do AD rodinu posílá a zakázka poslaných rodičů a dětí. Velmi často dochází k tomu, že během pobytu v AD se „rozkryje“ rodinná situace a podle toho je péče o rodinu směřována. Proto vnímám častý rozpor mezi tím, co si přeje sám klient a o co ve skutečnosti pracovníci AD usilují. Podle mého názoru, řečeno termíny Ivana Úlehly<sup>29</sup>, se v AD častěji „kontroluje“ než „pomáhá“. Otázka však souvisí s obecným problémem, jak lze pomocným způsobem pracovat s klienty v rámci krizové intervence. Také si myslím, že bývá nedostatečně reflektována spokojenost či nespokojenost uživatelů s poskytnutou službou.

---

<sup>29</sup> Srov. Úlehla, 2005

**Cílovou skupinou** uživatelů jsou: rodiny v přechodné krizi; rodiny s reaktivními útoky dítěte, poruchami chování; děti matek samoživitelek, které o ně nemohou přechodně pečovat (např. hospitalizace apod.); rodiny s dětmi s problémy v pubertě; ztracené, opuštěné děti; děti týrané, zneužívané a zanedbávané; děti z dysfunkčních rodin; rodiny s potřebou respektu péče; nezletilé těhotné dívky v tíživé životní situaci atd. Informace o tom, komu jsou služby AD určeny jsou zveřejněny na propagačních materiálech zařízení (letáky, výroční zprávy, internetové stránky), dostupných potřebným uživatelům.

K nejčastějším klientům patří děti zanedbávané a týrané a teenageři v konfliktu vůči rodičovské osobě, také často záškoláci a děti rodičů v rozvodových a porozvodových vztazích.

Diskutovanou klientelou je právě skupina „dětí“ od 16 let. Ukazuje se, že tato skupina vyžaduje jiné podmínky a přístup, než děti mladší. V AD vedle sebe žijí děti od 3 do 18 let, což je velmi široké věkové rozpětí. V případě starších klientů (nad 16 let), se takto koncipovaná služba ukázala spíše jako neefektivní, což sebou nutně přináší otázky po reflektování cílové skupiny uživatelů.

Zařízení má písemně vypracovanou **metodiku práce s klientem** a příslušnou dokumentaci. Je rozpracovaná pro jednotlivé pracovní pozice – sociální pracovník, etoped, psychoterapeut, terénní pracovník, vychovatel. Každý pracovník je s ní znovu seznamován a „konfrontován“. Metodika je volně přístupná k nahlédnutí každému zaměstnanci a slouží také k zaučování nových pracovníků. Jelikož se jedná o zařízení mladé, tak velmi často dochází k inovaci pracovních náplní, zejména na ambulantní části AD. Vychovatelské náplně jsou relativně stálé. Každý pracovník má možnost vnášet své předpoklady a danou pozici „obnovovat“. Moje výtku však směřuje proti přílišné dynamičnosti těchto změn a neschopnosti rozvržené pozice více stabilizovat.

Uživatelé jsou se způsoby poskytování služeb předem informováni.

## **2. standard – ochrana práv uživatelů služeb**

Práva uživatelů služeb jsou chráněna formulací etického kodexu zařízení, který je pro všechny pracovníky AD závazný. K dalším dokumentům patří závazek mlčenlivosti o okolnostech klientova případu a „Smlouva o poskytování osobních údajů klienta“, kterou klient vyslovuje souhlas AD k poskytování informací osobní povahy uvedeným spolupracujícím subjektům.



### **3. standard – jednání se zájemcem o službu**

Zájemce o službu je před uzavřením „Smlouvy o pobytu“ seznámen se všemi podmínkami služby. Pracovník s klientem společně formulují, jakým způsobem bude služba naplňovat dohodnuté cíle. Jak jsou realizována tato kritéria jsem se již zmiňovala v souvislosti s prvním standardem.

### **4. standard – dohoda o poskytování služby**

V případě pobytu klienta v AD, bývá sepsávána „Smlouva o pobytu“, jejíž součástí je i tzv. „Kontrakt“. Smlouva stanovuje obecné podmínky služby, včetně ustanovení o zrušení pobytu. Bývá vždy písemná. Originál je součástí spisové dokumentace a je společně s celým spisem archivován. Kopii obdrží klient. V „Kontraktu“ klient formuluje osobní cíl – zakázku, a společně s pracovníkem stanovují konkrétní způsoby jejího naplňování.

Pokud klient využívá jenom poradenských služeb ambulance, pracuje se pouze s „kontraktem“. Někdy pouze ústním.

Specifické jsou smlouvy uzavírané přímo s dětskými klienty, ty pak stanovují konkrétní cíle pro dítě v rámci pobytu.

### **5. standard – plánování a průběh služby**

Za plánování a průběh služby odpovídají tzv. klíčoví pracovníci („patroni“). Každému dítěti je přidělen jeden pracovník z ambulance, který ho provází celým pobytem, od příjmu až k ukončení pobytu. Patron je nejen stálou dospělou osobou pro samotné dítě, navíc koordinuje činnost pobytové a ambulantní části v rámci naplňování zakázky klienta, a také zprostředkovává spolupráci všech zaangażovaných subjektů (rodiče, škola, PPP, OPD, psychiatr, dětský lékař, DKC, dobrovolníci atd.). Vede spisovou dokumentaci, je účasten pravidelných sezení s dítětem a setkání s rodiči a dalšími rodinnými příslušníky, organizuje případovou konferenci atd., ty pak písemně zaznamenává a kompletuje, definitivně pak spolu s dalšími materiály a diagnostikami, v závěrečné zprávě o pobytu.

Informace ohledně klientova případu jsou předávány na společných pracovních poradách a prostřednictvím tzv. žurnálu, pracovního sešitu, do kterého se každý den vpisují všechny důležité okolnosti související s konkrétním dítětem. Vychovatelé si tak předávají službu mezi sebou a klíčoví pracovníci tak poskytují nezbytné informace ze širšího kontextu případu svým kolegům.

## **6. standard – osobní údaje**

Zařízení má stanoveno, které údaje potřebuje získat od uživatelů prostřednictvím formuláře anamnézy. Osobní údaje jsou vedeny ve spisové dokumentaci a jsou archivovány.

## **7. standard – stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb**

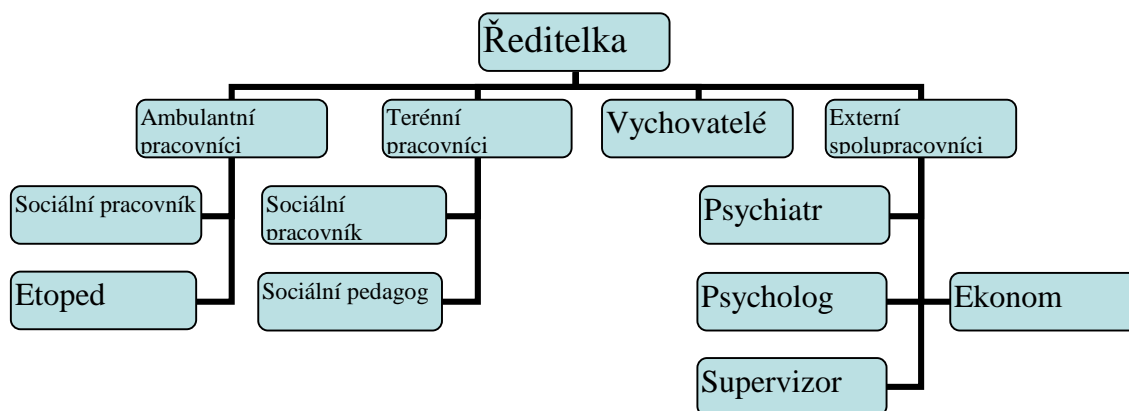
Pravidla pro podávání stížností pro uživatele jsou vypracována ve „Vnitřním řádu AD“. Klienti si můžou stěžovat na kvalitu nebo způsob poskytování služeb, aniž by tím byli jakýmkoli způsobem ohroženi. Informaci o tom získávají ústně v průběhu prvních setkání. Klienti mohou podávat stížnost u jakéhokoli pracovníka ambulance. Je možno ji podat ústně i písemně. Vyřízením stížnosti se bude zabývat pověřený pracovník ambulance. U pobytových klientů se stížnosti vyřizují do 1 týdne. Stížnosti klientů ambulance a ostatních občanů do 30 dnů. Stěžovatel má právo odvolat se proti vyřízení stížnosti u Veřejného ochránce práv nebo v občanských poradnách.

Evidence stížností zatím nebyla zavedena.

## **8. standard – návaznost na další zdroje**

Zařízení se snaží tato kritéria naplňovat. Viz komentář ke standardu prvnímu.

## VI. Struktura organizace



Složení pracovního týmu, tak jak ukazuje schéma, odpovídá poslání Azylového domu a obsahu jeho služby. Zařízení vede ředitelka (manažerka AD), která je zároveň psychoterapeutkou a poskytuje klientům psychoterapeutické konzultace. Dalšími zaměstnanci jsou sociální pracovník, etoped a dva terénní pracovníci, kteří pracují v ambulantní části zařízení. Terénní pracovníci zajišťují návaznou péči o rodinu po ukončení pobytu dítěte v Azylovém domě. Nepřetržitou péči na pobytovém oddělení zajišťuje šest vychovatelů. Externími spolupracovníky týmu jsou psycholog, psychiatr, supervizor a ekonom.

### Pracovní profily jednotlivých pracovních pozic:

#### **Ředitelka:**

- řídí tým, koordinuje práci v rámci AD a spolupráci s ostatními organizacemi a institucemi, rozdělování služeb s ohledem na potřeby klientů;
- plánuje intervizní, supervizní a další vzdělávací aktivity personálu AD;
- zajišťuje financování organizace (psaní projektů, fundraisingové aktivity);
- poskytuje krizovou intervenci ubytovaným dětem, individuální psychoterapii dětem, sociální poradenství rodičům či jiným rodinným příslušníkům.

#### **Sociální pracovnice:**

- účastní se některých rodinných poradenských konzultací, terapeutických setkání, podílí se na hledání společné zakázky;
- poskytuje sociálně – právní poradenství;
- aktivně spolupracuje s rodiči, pracovníky orgánů sociálně – právní ochrany

městských úřadů a s dalšími institucemi zainteresovanými do péče o dítě (psychologové, lékaři, DKC atd.);

- podílí se na stanovování individuálního plánu péče klientů;
- vede dokumentaci klientů, podává zprávu příslušným orgánům (OPD, OSPOD, soud), zpracovává statistické údaje ohledně ubytovaných i ambulantních klientů;
- vede praxe studentů v AD;
- podílí se na koncepčních a organizačních činnostech AD;
- účastní se pravidelných porad, supervizí setkání.

#### **Etoped:**

- zajišťuje výchovně-vzdělávací programy pro děti na pobytu, monitoruje aktuální potřeby ubytovaného dítěte;
- je v pravidelném kontaktu se školami klientů, s třídními učiteli, výchovnými poradci;
- podílí se na stanovení individuálního výchovného a terapeutického plánu klientů;
- vede pravidelná komunitní setkávání všech dětí z pobytové části AD;
- vypomáhá při výchovatských aktivitách;
- vypracovává zprávy pro příslušné orgány OPD, OSPOD, soudy apod;
- v případě nařízení ústavní výchovy spolupracuje s diagnostickými ústavy a dětskými domovy, provádí pedagogickou diagnostiku dětí;
- koordinuje poskytované služby v rámci AD a garantuje naplňování individuálního plánu péče;
- podílí se na koncepčních a organizačních pracích AD;
- účastní se pravidelných porad a supervizních setkání.

#### **Terénní pracovník:**

- podílí se na stanovení individuálního podpůrného plánu klientů a jejich rodin po odchodu z AD;
- spolupracuje se školními zařízeními (pravidelné případové konference s třídními učiteli, výchovnými poradci);
- zajišťuje výběr a realizaci volnočasových aktivit a návazných terapeutických služeb dětí, které ukončili pobyt v AD;
- v případě nutnosti zajišťuje doučování klienta v domácnosti;
- zprostředkovává odbornou péči psychologickou, psychiatrickou, terapeutickou nejen pro dítě, ale pro celou rodinu;
- provádí sociální poradenství s cílem podpořit a posílit rodiče v jejich výchovných

kompetencích, ve zvládnání běžných úkonů v péči o vlastní osobu, domácnost a o děti, umožnit začlenění rodičů do většinové společnosti minimalizací rizikových faktorů jejich života a posilováním sociálních schopností a dovedností;

- spolupracuje se všemi zúčastněnými stranami (pravidelné konzultace se sociálními pracovníci klientů, s odborníky zajišťujícími odbornou péči a s ostatními účastníky plánu následné péče);
- klienty na pobytu v AD doprovází na lékařská vyšetření, terapie a k jiným odborníkům;
- vypomáhá při výchovatských aktivitách;
- podílí se na koncepčních a organizačních pracích AD;
- účastní se pravidelných porad a supervizí setkání.

#### **Výchovný pracovník:**

- zajišťuje efektivní chod pobytové části AD, přímo pečuje o děti, stará se o to, aby dětem v AD bylo dobře, dbá o bezpečnost dětí;
- organizuje výchovně vzdělávací činnosti - přípravy do školy, volnočasové aktivity dětí;
- zajišťuje docházku menších dětí do školy a individuální program dětem předškolním;
- spolurealizuje naplňování individuálního plánu péče dítěte;
- zaznamenává a předává poznatky důležité pro dlouhodobou terapeutickou práci s dítětem, vede dokumentaci vychovatele;
- společně s dětmi zajišťuje úklid v pobytových částech zařízení;
- během noci provádí tzv. akutní příjmy dětí na krizový pobyt, je na pohotovostním telefonu;
- střídá se v denních a nočních službách;
- účastní se týmových porad a supervizí.

## **VII. Reflexe metodiky sociálně pedagogické práce s klientem**

### **v Azylovém domě Přemysla Pittra pro děti**

Nyní se pokusím se o jednoduchou reflexi péče o dítě a rodinu v AD. Nejprve se nad užívanými přístupy zamyslím obecněji. Pak bude kapitola sledovat průběh procesu péče od chvíle, kdy klient poprvé kontaktuje pracovníky Azylového domu až do momentu ukončení pobytu a navázání následnou péčí terénními pracovníky. Některými metodami, postupy se budu zabývat podrobněji. Pokusím se je uchopit dostupnou terminologií. Na závěr uvedu případovou studii, která bude naznačený průběh péče ilustrovat.

#### **1. Obecná východiska poskytované pomoci v AD**

Obecně lze říci, že pracovníci AD poskytují **odborné sociální poradenství**. Tzn., že poskytují přímou pomoc lidem při řešení jejich sociálních problémů. Tato pomoc je zaměřena na konkrétní praktické řešení obtížné sociální situace člověka. Patří sem zejména oblast životních krizí. Pro odborné poradenství je charakteristické používání speciálních odborných postupů. Součástí odborného poradenství jsou i terapeutické činnosti. Ty se v našem případě týkají převážně dětí týraných, zanedbávaných a zneužívaných.

Sociální práce přebírá mnoho **z teoretických východisek, metod a technik psychologie a psychoterapie**. Konkrétní metody užívané v práci AD jsou kombinací technik různých terapeutických přístupů. Většinou se jedná o přístup systemický, rogerovský a kognitivně behaviorální. Volba metody závisí především na situaci a individualitě toho konkrétního klienta, na profesionální výbavě konkrétního pracovníka a jeho pracovním zařazení v rámci zařízení. V AD jsou užívány **techniky individuální i skupinové**. Nejčastěji je používán **osobní rozhovor**.

Pracovníci se shodují v tom, že pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami. Východiskem pro jejich poradenskou práci je důraz na to, že osoba, která má problémy, má zároveň zdroje potřebné k jejich vyřešení. Poradce vytváří vztah, který umožňuje klientovi hledat a nalézat vlastní odpovědi na problémy. Dle rozlišení pomoci druhým na šest typů podle M. Scallyho a B. Hopsona<sup>30</sup> lze říci, že pracovníci v AD poskytují pomoc: ▪ **podáním jednoduchých**

---

<sup>30</sup> Hartl in Matoušek, 2003, str. 85

**věcných informací** ( např.jak vyplnit formulář, přehled o dalších službách atd.);  
▪ **prostřednictvím psychologického náhledu** (pomoc druhému pochopit problém, ukázat možné cesty, aby si dokázal pomoci sám); ▪ **prostřednictvím přímé akce** (pomáhající něco vykoná za druhou osobu, něco co potřebuje obstará – př. jídlo, bydlení, formuláře atd.).

Pracovníci Azylového domu, a to zejména pracovníci ambulantní části zařízení, poskytují rodinám v krizi **krizovou intervenci**. Jedná se zejména o dětské klienty. Dospělé klienty (rodiče) vyžadující tento typ odborné intervence pracovníci odkazují na specializovaná pracoviště (např. RIAPS, Krizové centrum v Bohnicích).

**Pojmu krizová intervence** rozumím jako souboru všech opatření, kterými se snažíme pomoci jedinci v tíživé životní situaci, již není s to sám zvládnout. Základem je psychologická první pomoc, ale podle potřeby a závažnosti situace se užívají ještě další sociální strategie (např. navázání kontaktu s pomáhajícími institucemi či profesionály příslušných oborů: psychiatr, právník, dětský gynekolog), které mají vést ke stabilizaci jedince Já (psychoterapie, lékařské ošetření atd.), k jeho podpoře (např. právní poradna, přechodné ubytování mimo domov atd.) a posléze k mobilizaci vlastních sil, tak aby postižený našel odpovídající způsob vypořádání se s krizí.<sup>31</sup>

**Práce s rodinou v krizi** tvoří specifickou oblast krizové intervence. Čerpá z rodinné terapie a rodinného poradenství. V rodinách s dětmi se setkáváme především s těmito typy krizí: krize související s vývojem dítěte, krize související s vývojovými etapami v rodině, tranzitorní krize v rodině, krize vyvolané poruchami osobnosti a poruchami chování jednoho či více členů rodiny, krize související s náhlými životními událostmi v životě dítěte a rodiny, krize související s krizí manželskou.<sup>32</sup>

Krizi chápu jako výraz a důsledek rodinného problému, který se týká všech osob. Změna jednoho člena rodiny znamená změnu všech ostatních členů tohoto interakčního systému.

Žádný univerzálně platný **postup pro krizovou intervenci** neexistuje. Vždy jde o individuální setkání člověka s člověkem. Hlavními zásadami pro pomáhajícího je opravdovost, schopnost vcítění se do druhého a přijetí klienta takového jaký je bez

---

<sup>31</sup> Srov. Jedlička, 2004, str. 274

<sup>32</sup> Srov. Vyhnálková in Vodáčková, 2002

podmínek. Setkání s člověkem ve vážných životních obtížích, které nedokáže řešit vlastními silami, znamená pro pomáhajícího pracovníka konfrontaci s jeho bezmocí, úzkostí, hněvem, agresí, ale i s nahromaděnými nedořešenými vnitřními rozpory. Taková situace tedy vyžaduje psychoterapeutický zásah, ale též prostou lidskou spoluúčast.

**V první fázi** je nutná včasná a co nejpresnější diagnóza obtíží, odhad duševního rozpoložení postiženého, zmapování rozsahu a závažnosti jeho postižení. Proto je potřeba, aby si pomáhající pracovník udělal čas a věnoval postiženému žádoucí dostatečnou pozornost. Základním předpokladem úspěšné psychologické pomoci je vyjádření osobní účasti pracovníka, projevy trpělivosti, ochoty naslouchat. Pracovník by se měl vyhýbat posuzování, moralizování. Zásada nehodnotit a emoční podpora jsou základnou, na které se dá později stavět. Cílem v této fázi práce je stabilizace klientova Já.

Pomoc jedinci ohroženého krizí vyžaduje empatii (schopnost vcítění do duševního stavu a prožívání postiženého) s respektováním jeho osobitých odlišností a dosavadních životních zkušeností. Dále otevřené přijímání sdělovaných názorů a pocitů člověka bez potřeby zaujímat k nim stanoviska – akceptaci. „Nejsme – li ochotni podívat se na svět očima člověka v krizovém stavu, pak nám může připadat mnohé z toho, co zoufalý jedinec tvrdí, nejenom nevhodné, ale i ohrožující. Cítíme – li v takové chvíli silné rozpaky, úzkost či pobouření nad tím, co postižený říká nebo jakým způsobem to říká, pak zpravidla nejsme kompetentní mu pomoci.“<sup>33</sup>

Účinná podpora vyžaduje pochopit, co se v jedinci skutečně odehrává a co je toho příčinou. Právě tohoto náhledu nebývá člověk v krizi schopen. Pro mladého jedince nacházejícího se v krizi je příznačný tzv. bludný kruh. Při něm je typické, že čím více je hůře, tím méně je jedinec schopen najít řešení, tím více propadá napětí a dalším problémům s tím spojených. Výsledkem je vyčerpání a vyšší nervozita, napadání okolí, prohlubující se sociální izolace. Jedinec si tak znovu a znovu potvrzuje svou bezvýchodnost. Psycholožka Eva Dreikurová – Fergusonová o tom píše: „Pokud dítě dojde k závěru, že je bezcenné, že nemá dostatečnou hodnotu a že nemá své místo na světě, pak věnuje všechnu svou energii na to, aby takovou pozici

---

<sup>33</sup> Jedlička, 2004, str. 265



našlo. Místo toho, aby zaměřilo své úsilí k lidskému zdaru, bude spíše zaměstnáno vlastním postavením.“<sup>34</sup>

V takové situaci se vyhýbáme tomu, poskytovat lacinou útěchu, banálními doporučeními apelujícím na sebevládu jedince. Povrchnost ze strany pracovníka mohou prohloubit klientův akutní stav nedůvěry k okolí.

K důležitým faktorům ovlivňujícím vedený krizový rozhovor patří autenticita (opravdovost, upřímnost) a kongruence (shoda toho, co říkám s tím, jak se chovám). Terapeut (krizový pracovník) zároveň neodmítá vnímat a pojmenovávat své vlastní emoce, které při práci s člověkem v krizové situaci prožívá.

Pomoc v krizi tedy vyžaduje **použití psychoterapeutických postupů**. Součástí odborného vybavení pomáhajícího pracovníka je tedy umění včas rozpoznat krizovou situaci, v níž se klient ocitá, a přiměřenými prostředky mu nabídnout podporu a patřičnou pomoc. Pracovník by měl umět provést základní diagnózu krizové situace, zorientovat se v situaci. Mezi příslušné dovednosti patří příprava rámce psychoterapeutického vztahu, následné odborné pomoci psychologickými prostředky.

V případě násilí páchaného na dětech by se měl krizový intervent zaměřit na následující okolnosti:

- identifikovat příznaky násilí na dětech,
- v případě že došlo ke zranění, zabezpečit lékařské ošetření,
- zvážit, zda dítě může nadále setrvávat v domácím prostředí,
- zjistit a shromáždit všechny potřebné informace, které mohou pomoci při hodnocení situace,
- zajistit ostatní děti v rodině,
- zachovat objektivitu a profesionální přístup k dítěti i k rodičům,
- kontaktovat ostatní instituce (policie, zdravotnické zařízení, orgány sociálně právní ochrany dětí atd.),
- nasměrovat klienty do specializované instituce zaměřené na psychologickou pomoc dětem a rodinám.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Tamtéž

<sup>35</sup> Špatenková, 2004, str. 128

Jak jsem již výše naznačila, specifickou skupinou klientů AD pro děti jsou **děti zneužívané, týrané a zanedbávané**. Tato skupina klientů vyžaduje v práci pracovníků speciální přístup. Přesně definovaná a zcela speciální psychoterapie takto postiženého dítěte neexistuje, stejně jako neexistuje určitá psychoterapeutická škola zabývající se právě tímto problémem. Za nejvhodnější se považují **techniky nedirektivního přístupu**.

Psychoterapeutická pomoc dětem se syndromem CAN je na místě až poté, co se zabránilo, aby dítě bylo nadále vystavováno špatnému zacházení ze strany dospělého. Tato pomoc umožňuje dítěti zpracovat traumatické zážitky. Psychoterapie chce dítěti poskytnout příležitost k vyjádření a prozkoumání pocitů souvisejících se špatným chováním rodičů, poskytnout příležitost k realistickému náhledu na odpovědnost za to, co se v rodině dělo (dítě trpívá pocitem viny), snížení strachu a úzkosti u dětských klientů, tlumení jejich agresivity a asociálních projevů, zlepšení vztahů v rodině i vztahů vrstevnických. Péče o děti je možná zejména formou **individuální terapie**.

Důležitým předpokladem, zatím málo docenovaným, pro úspěšnou krizovou terapeutickou intervenci, je společný kontakt pracovníků různých profesí, kteří se na případu podílejí a s nimiž se dítě či terapeut po dobu terapeutického procesu setkávají a spolupracují s nimi. Rozumí se tím např. sociální pracovníce, učitel, právník (soudce), pediatr, psychiatr a další. V případě nedostatečné vzájemné komunikace může docházet k velkým nedorozuměním mezi jednotlivými účastníky. To může vést k tomu, že jednotlivé profese spíše proti sobě bojují, než aby spolupracovaly v zájmu dítěte. Tento stav neporozumění působí z hlediska dlouhodobé péče o takto postižené dítě katastrofálně.

V rámci **krizové terapeutické intervence** se pracovníci AD řídí následujícími **zásadami**:

- 1. musí být zajištěna bezpečnost dítěte,**
- 2. musí být učiněno maximální opatření proti narušení rodinného systému,**
- 3. v případě, že se jedná o pachatele mimo rodinný systém – musí být přerušeny možné kontakty mezi dítětem a pachatelem.**

Předpokladem, zvláště u dětí týraných a zneužívaných, je vytvoření vzájemného důvěrného vztahu, v jehož rámci se může dítě bez obav svěřit se vším,

co ho trápí, i co ho těší. Pokud je dítě týráno odjakživa, bere bolest jako normální součást života. K tomu, aby si uvědomilo, že se s ním děje něco „nenormálního“ musí prožít stav opačné kvality. Klid, bezpečí. Tuto zkušenost lze nazvat „**normativní zkušeností**“<sup>36</sup>. Zážitek ze vztahu, ve kterém není strach, kde se dítě může svobodně projevovat, může pro dítě znamenat celoživotní pozitivní zkušenost významně ovlivňující jeho vztah ke světu. Takový vztah má tedy přirozeně terapeutický rozměr. Dítě musí mít jistotu, že jeho důvěru nezneužijeme. Důvěryhodnost pracovníka si tedy potřebuje otestovat. Jedním ze způsobů je záměrné provokování násilí pomocí vzdorovitého, neukázněného chování. Může být vulgární, vysmívat se, urážet. Výsledek „testu“ záleží na tom, nakolik je pomáhající pracovník schopen jeho chování unést, aniž by na ně reagoval podobně agresivně. Pokud mu dá najevo, že ho navzdory jeho chování neodsuzuje, ale přijímá, může se stát jeho „bezpečným objektem“. Projevovaný zájem a sympatie v něm mohou vyvolat pocit vlastní hodnoty a důstojnosti, což vede k tomu, že si dítě začne samo sebe více vážit. Svým přístupem mu zároveň pracovník dává najevo, že je dost silný na to, aby jeho hroznou zkušenost unesl.

Z jeho reakce by také mělo poznat, že bez ohledu na to, co a jak se přihodilo, plnou odpovědnost nese ten, kdo mu ublížil. Ve chvíli, kdy dítě povídá (se svěruje) potřebuje mít pocit, že je tam pomáhající jenom pro ně, že nemá momentálně nic důležitějšího, než mu naslouchat. Sdělení dítěte by mělo být bráno vážně, jakkoli by se zdálo nepravděpodobné. Pomáhající pracovník by se měl vyhýbat tomu, nutit dítě do popisování detailů. Při rozhovoru s dítětem by měl používat výrazy, které dítě běžně používá a kterým rozumí (dětské výrazy). Týká se to např. i názvů částí těla. Jestliže si dítě není jisté, jak svůj problém vyjádřit, pomůže mu ho zformulovat. Dává však pozor na to, aby je neinspiroval nebo mu nevnucoval vlastní představu o tom, co se mu přihodilo<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Pöthe, 1999, str. 67

<sup>37</sup> Srov. Pöthe, 1999, str.67

## **2. Metodika práce s klientem v AD**

### **A) Klient kontaktuje AD**

Ke kontaktu klienta s Azylovým domem může dojít dvěma způsoby. První z nich je, když klient přichází za účelem pomoci do zařízení sám. V případě druhého způsobu tak nastává na základě oznámení či doporučení třetí osobou nebo na podkladě správního či soudního rozhodnutí. V případě dětí se tak děje na základě předběžného opatření nařízeného soudem. První způsob má řadu předností. Klient je motivován podílet se na procesu změn, které mohou řešit jeho problém, také má představu, jak by jeho situace mohla být vyřešena.

V této fázi je nutné rozhodnout, zda jde o sociální problém, který vyžaduje okamžité řešení a zda by se na řešení problému neměl podílet také jiný orgán, či odborník.

Pokud klient odpovídá indikaci přijetí do zařízení, je s ním na konkrétní čas domluveno první setkání. Podle metodiky práce AD se jedná o **tzv. první kontakt s klientem**.

### **B) První kontakt s klientem**

První kontakt s klientem (rodinou) se odehrává v prostorách ambulance Azylového domu. Je určen k seznámení se obou stran. Klient nastiňuje problém, se kterým přichází. Pracovník ambulance informuje klienta o možnostech služeb nabízených zařízením, upozorňuje na limity služby. Dětské klienty seznamuje s chodem zařízení a jeho „Pobytovým řádem“ (viz Příloha č.2). Obě strany se nakonec dohodnou, zda bude jejich kontakt pokračovat a jakým způsobem. Pokud pracovník dojde k závěru, že v rámci Azylového domu klientu nemůže být poskytnuta přiměřená pomoc, podá klientovi informace o příslušných odborných zařízeních vhodných pro řešení problému klienta. Pokud se klient a pracovník dohodnou na pokračování vzájemného vztahu, domluví pracovník s klientem konkrétní termín dalšího setkání.

Při **tzv. neplánovaném příjmu dítěte** nejsou zpravidla přítomni rodiče dítěte. S dítětem pracuje jemu určený klíčový pracovník (tzv. patron). Seznamuje ho s prostředím Azylového domu a s pravidly pobytu. V případě, že dítě přivádí pracovník orgánu sociálně právní ochrany některého z městských úřadů, provádí se **vstupní pohovor** s tímto sociálním pracovníkem. Účelem je získání informací o dítěti a jeho rodině, případně o vývoji celého případu a jeho směřování. Součástí je i

předání dokumentace dítěte, případně právních dokumentů (většinou se jedná o předběžné opatření právě u dětí týraných nebo zneužívaných).

V případě, že dítě přiveze někdo jiný (např. rodinný příslušník, orgán policie, pracovník jiného zařízení) nebo dítě přijde samo (většinou v případech, kdy dostalo na AD kontakt na některé z linek bezpečí), informuje neprodleně pracovník AD příslušný orgán sociálně právní ochrany dětí.

Dítě nelze přijmout bez souhlasu rodičů nebo bez správního či právního nařízení. Toto pravidlo funguje zvláště kvůli motivaci rodičů spolupracovat s pracovníky AD, nebo z důvodu návaznosti a komplexnosti péče. Všechny zaangažované instituce by se měly na případu podílet koordinovaně a systematicky. Takovým koordinátorem bývá právě sociální pracovník orgánu sociálně právní ochrany.

### **C) Uzavření smlouvy o poskytování služby, kontrakt**

V případě další spolupráce následuje zpravidla sezení zaměřené na nalezení zakázky klienta a podepsání „Smlouvy o poskytování služby“ (viz Příloha č.1). Pro postižení tohoto poradenského procesu bych si chtěla vypůjčit členění Ivana Úlehly uvedeného ve spisu Umění pomáhat. Následující průběh rozhovorů bývá přibližně stejný u dalších pravidelných setkávání s klienty. Uvedené poradenské schéma se bude týkat práce s rodiči, či jinými dospělými klienty, kteří jsou spjati s péčí o to které dítě.

Základním nástrojem pracovníka je tedy **rozhovor**. „Rozhovor = rozmlouvání dvou nebo několika lidí, rozmluva, dialog; řeči; jednání.“<sup>38</sup>

#### **Fáze dialogu pracovníka s klientem:**

**1. Příprava** – zahrnuje vše, co se děje před samotným rozhovorem s klientem. Aby mohl pracovník pracovat účinně, potřebuje dobře rozumět tomu, co dělá, proč to dělá a k čemu je to dobré. K tomu slouží právě příprava pracovníka. Přináší vysvětlení pro jednotlivé volby.

Pracovník se s klientem setkává. Oba se rozhovoru účastní z odlišných důvodů, pro uspokojení odlišných potřeb. Klienta přivádí k vzájemnému setkání touha nalézt pomoc. Klient sám sebe chápe jako toho, kdo si žádá pomoc. Má již předem vytvořenou představu o tom, co pro něho může být pomocí a co ne. Pracovník chce

---

<sup>38</sup> Úlehla, 2005, str. 15

pomáhat. Proto potřebuje mít jasno v tom, co je pomoc a co není. Teprve následně přichází otázka, jak pomoc poskytovat.

**Pomoc** je výsledkem vzájemné interakce s klientem. Splňuje následující:

**1. klientova objednávka, 2. pracovníkova nabídka jako odpověď na objednávku, 3. zakázka, kontrakt** – dohoda o pomoci, pracovník s klientem se domluví na společné práci, jejím cíli a cestě, jak jej dosáhnout. Pomoc nelze provést, aniž by byla odpovědí na klientovo přání. Pracovníkovo jednání, které není odpovědí na klientovu objednávku není pomocí, ale kontrolou. Pomoc je užitečná, respektující a příjemná. Je založena na spolupráci rovnocenných. Je nepřetržitým zvaním druhého k dialogu.

**Kontrola**, nebo také starost, je nevyhnutelná, účelná a potřebná. Je postavena na zájmech jiných lidí než toho člověka, o kterého je staráno. Převzetí kontroly je posunutím klienta do podřízené pozice. Obojí je potřeba. Pomoci i kontroly. Rozhodnutí vždy vychází ze strany pracovníka. Volba toho, zda pracovník zvolí pomoc či kontrolu je závislá na osobnosti klienta a typu problému, se kterým přichází. Důležitým kritériem je i to, zda se jedná o klienta dospělého, nebo dětského.

Rozdíl je tedy v tom, od koho vychází první akce. V této souvislosti se zmíním o **principu držitele problému**<sup>39</sup>. Jeho autorem je dr. Thomas Gordon. Právě princip držitele problému pomáhá rozlišit přebírání kontroly od poskytování pomoci. Pracovník nejprve provede rozlišení klientových způsobů na přijatelné a nepřijatelné. V dalším kroku je to klient, který oblast označenou pracovníkem za přijatelnou rozlišuje na dvě části. Klient tím označí oblast, která se mu jeví problémová a pracovníkovi se tak jeví nemusí. Pak je držitelem problému klient a pracovník přistupuje na poskytování pomoci. Kontrola se rodí tam, kde způsoby pro klienta přijatelné vnímá pracovník jako nepřijatelné. Odtud jsou pak objednávky pracovníka, jimiž sám formuluje, co od klienta chce. Rozlišení držitele problému umožňuje specifikovat, jaké postupy a dovednosti může pracovník v tom či onom případě použít.

Pomoc a kontrolu lze uskutečnit **osmi profesionálními způsoby práce**. „Rozdíl ve volbě jednotlivých způsobů profesionální práce je určen mírou, v jaké si pracovník troufá přibrat klienta do spolurozhodování o tom, co budou spolu

---

<sup>39</sup> Srov. Úlehla, 2005, str. 28

dělat“.<sup>40</sup> Profesionálními způsoby kontroly jsou opatrování, dozor, přesvědčování, vyjasňování. K profesionálním způsobům pomoci patří doprovázení, vzdělávání, poradenství, terapie.

**Opatrování** – pracovník přebírá o klienta starost se vším všudy, vnímá klienta jako někoho, kdo se sám o sebe nepostarává. Pracovník klienta zastupuje ve všech potřebných úkonech. Bere na sebe zodpovědnost a kontrolu nad klientovými věcmi, starostmi i právy.

**Dozor** – pracovník stanovil normy, pravidla a dohlíží nad tím, jak je klient dodržuje. Pracovník věří v klientovy zdroje, má naději ve změnu u klienta. Snaží se tak překlenout nedostatek klientovy odpovědnosti.

**Přesvědčování** – pracovník přebírá kontrolu nad tím, jak je klient motivován, jaké má postoje, názory, hodnoty a jaké by měl mít. Vidí klientovy možnosti, na které by rád navázal. Věřící v možnost klienta přijmout nabízená přesvědčení.

**Vyjasňování** – pracovník se snaží dát co nejvíce příležitost tomu, aby klient mohl zformulovat svou objednávku, svá přání. Hledá otázky, významy. Vidí klientovy možnosti, ty se snaží podpořit. Formuluje, přeptává se. Současně objasňuje svou pozici.

**Doprovázení** – je spoluprací klienta a pracovníka. Klient od pracovníka očekává, aby mu poskytl své schopnosti a dovednosti zvládat těžké situace, které sám nezvládá. Klient neočekává změnu toho, co je dáno, ale hledá někoho, kdo mu pomůže těžkosti nést, zvládat. Pracovník si stále ověřuje, zda pomáhá tak, jak si klient přeje. Právě na základě klientových objednávek pracovník nabízí pomoc.

**Vzdělávání** – je také spoluprací pracovníka a klienta. Klient si přichází pro informace, vysvětlení, poučení nebo potvrzení. Pracovník je poskytuje až po tom, co se přesvědčil, že si to klient přeje. Pokud pracovník poučuje klienta bez jeho vyžádání, vykonává dozor.

**Poradenství** – pomoc se rozvíjí na základě klientova přání, jímž směřuje k rozvinutí vlastních možností. Klient u sebe vnímá překážky, které mu znemožňují dosažení

---

<sup>40</sup> Úlehla, 2005, str.32

cíle. Přeje si je odstranit a rozšířit své možnosti. Pracovník na to odpovídá nabídkou rad, nápadů, návodů, které vytváří na základě zkušenosti rozhovoru s tímto konkrétním klientem. Pracovník klientovi pomáhá s hledáním užitečných cest, ale posuzovatelem užitečnosti je klient.

**Terapie** – klient si přeje zbavit se svého trápení, bolesti a má představu, že by to bylo možné. Pracovník pomáhá tím, že společně konstruuje nejvhodnější způsoby, jak najít řešení, potíže vysvětlit. Pracovník věří v klientovu schopnost řešit potíže. Klienta zplnomocňuje.

Každý práce rozhovor je směsí mnoha způsobů. Osu dialogu tvoří ten, který se odvíjí buď od kontroly nebo pomoci. Klient přistupuje na kontrolu je-li bezmocný, vzdává –li se, či z důvodu jeho pohodlnosti, nebo je zdrojem jeho bezmoci povinnost, kterou pracovníkovi ukládá zákon či zaměstnavatel atd. Klient přistupuje na způsoby práce pomoci cítí-li svou kompetenci, má-li sám potřebu něco změnit, protože je to pro něj příjemné, nebo cítí svou odpovědnost.

Důležitou částí přípravy pracovníka na rozhovor, setkání s klientem, je jeho **vyladění pro rozhovor**. Pracovník se potřebuje odpoutat od toho, co dělal doposud, uvědomit si, jak se cítí a spojit se s tím, co se skutečně právě děje. K tomu patří prolistování spísem, připomenutí předchozího setkání.

**Spisy** slouží jako pomůcka pracovníka, i jako doklad pracovníkovy práce. Písemný záznam o práci s klientem by měl být užitečný, neměl by být zaplňován nepotřebnými věcmi. Je tedy potřeba, aby měl pracovník jasno, k čemu spisy slouží. To vyplývá z poslání, kterým se zařízení definuje. Vedení spisů se mnohdy připisuje větší důležitost, než jaká jim náleží. Spisové materiály jsou užitečné podle toho, k čemu jsou použity. Platí, že obtěžování klienta sbíráním podkladů je prováděno v minimální nutné míře. **Spisová dokumentace AD zahrnuje:** smlouvu o pobytu, smlouvu s dětmi, kontrakt, souhlas s poskytováním osobních údajů, anamnézu, potvrzení o bezinfekčnosti, individuální plán péče, doklad o lékařském vyšetření, zprávy orgánů sociálně právní ochrany, zprávy ze škol, od soudů, zprávy z odborných vyšetření, zdokumentovaný průběh péče – osobní sešit dítěte, propustky na vycházky či víkendy, individuální učební plán, zápisy z jednotlivých setkání s dětmi i s rodiči, zpráva azylového domu o pobytu dítěte v zařízení, vyhodnocení dítěte atd.



Důležitá je také příprava **časových a prostorových podmínek** pro rozhovor. Na rozhovor je předem vyhrazen čas. Většinou by neměl přesahovat 60 minut. Čas by měl klient předem znát. Měl by být také dodržen. Čas rozhovoru by měl být časem chráněným. Rozhovor by neměl být ničím rušen a přerušován. Pro rozhovor je nutný také vhodný prostor. Většinou je lepší, když je pracovník s klientem sám. Důležitý je také způsob sezení.

## **2. Otevření**

Základem při otevírání pracovního kontaktu je dovednost nespěchat a být cele zaujatý klientovým příběhem. Poctivě věřit tomu, že klient je schopen vědět, co je pro něj dobré. Důležité je vytvořit dostatek prostoru, aby měl klient možnost vyslovit objednávku. Vytvoření bezpečí, důvěry a respektu závisí na kvalitě **připojení**.

Při navazování kontaktu s klientem by měl být pracovník vstřícný, vědom si svého služebného postavení, soustavně objasňovat svou vlastní pozici, přebírat starost jen tam, kde není zbytí. Klient by co nejdříve měl zažít, že je přijat. Jde o pokus domluvit se s klientem na společné práci. V této fázi je tedy důležité navození bezpečí, rozvíjení spolupráce, nabízení pomoci, vytváření příležitostí pro vyslovení objednávky.

Pocit bezpečí vzniká tam, kde cítíme, že nám naslouchají, že nám rozumí a že nám pomohou v tom, co sami chceme. Pomůže, když se pracovník nebude snažit hned všemu rozumět a když se nelekne závažnosti tématu či emocí klienta. Jádrem pomoci pomáhajícího je **naslouchání**. Naslouchání je aktivní proces. Naslouchat znamená pozorně sledovat, co druhá osoba říká a nevnášet do toho pokud možno žádné vlastní názory, rady, komentáře. Vyžaduje stálou přítomnost u druhého. Jde o **tzv. aktivní naslouchání** (metodu zavedl Carl Rogers).

Optimální způsob pozornosti pomáhajícího je **tzv. „vnímavá přítomnost“** (McMahon<sup>41</sup>). Pracovník je plně přítomen u klienta, pracovník je angažován. Nejde jen o nastavení pracovníkovy mysli, ale i o tělesné nastavení.

Důležité je také vymezení **hranic pracovníka**, aby měl klient jasno, co pracovník dělat bude a co nebude, což je především dáno samotným posláním zařízení a vlastní sebedefinicí pracovníka.

---

<sup>41</sup> Srov. Kopřiva, 1997, str. 108

Pracovník by se měl vyvarovat **tzv. komunikačních zátarasů**<sup>42</sup> (autorem termínu je Thomas Gordon). Při jejich použití hrozí možnost zablokování další komunikace ze strany klienta. Patří k nim přikazování, strašení, moralizování, dávání návodů, souzení, kritika, obvinění, pochlebování, posměch, dávání jmen, interpretování, výslech, nezájem atd.

Naopak opačný účinek má **ocenění** všeho, co se dosud klientovi zdařilo, potvrzení, že jeho těžkostem pracovník rozumí a že je bere vážně. Ocenění znamená výslovnou pochvalu, obdiv, vyjádření úcty, radosti. Důležitou podmínkou je, aby byly vyjádřeny ze strany pracovníka upřímně a aby nevypadaly jako podceňování klienta.

### **3. Dojednávání**

Dojednávání je cestou, jak společně s klientem najít společný **cíl práce**. Je důležité, aby pracovník klienta přizval k řešení v dialogu a spolupráci jako plnohodnotného a rovnocenného partnera. Pracovník by měl vědět, že všechno, co říká, jsou jen návrhy, ze kterých si klient vybírá.

Dojednávání směřuje k **zakázce** neboli **objednávce**. Ta vymezuje oblast spolupráce a cíl spolupráce. Dojednávání tedy stojí na klientových objednávkách a pracovníkových nabídkách. Objednávkou je vše, čemu pracovník rozumí jako objednávce. V klientově řeči jsou přítomny příležitosti pro rozlišení objednávky. Je to pracovník, který rozhoduje o tom, jak a zda na objednávku zareaguje. Možnosti společné práce nejsou vyčerpány dojednáním jednoho cíle. Smyslem dojednávání je dosáhnout vytýčení smysluplného cíle společné práce, dále zapojení klienta do rozhodování, vytvoření společného měřítko k posouzení pokroku změn a vytvoření prostoru pro spolupráci.

Během fáze dojednávání dochází k **určení problému**. Problém je to, o čem se hovoří ve smyslu, že by to tak nemělo být a současně s nadějí na změnu, která je vnímána jako uskutečnitelná. Klient nejlépe ví, co je jeho problém. Expertem na obsah problému je klient. Expertem na řešení je zase pracovník. Spolupracují na jeho řešení jako tým. Pracovník potřebuje mít dovednosti řešit a spolupracovat. Klient potřebuje svému problému rozumět.

Má-li práce s klientem přinést změnu, je nutná **formulace cíle**. Bez stanoveného cíle je těžké posoudit, zda nastává pokrok či změna a zda bylo

---

<sup>42</sup> Úlehla, 2005, str. 54

dosaženo smyslu společné práce. Jakmile se pracovníkovi podaří zformulovat klientova přání, nastává úkol, jak je zformulovat do cíle společné práce. Požadavky na **dobrou formulaci cíle**<sup>43</sup> jsou: **1. cíl musí být pro klienta významný** (aby investoval do jeho dosažení). **2. cíl musí být malý**, aby jej bylo možno dosáhnout. Potom přináší zážitek pokroku. Je lepší stanovit řadu malých cílů než jeden velký. **3. cíl musí být konkrétní**, zaměřený, musí se týkat chování. **4. cíl se má týkat toho, co nastane**, nikoli nepřítomnosti něčeho. **5. cíl má jmenovat začátek**, nikoli konec něčeho. **6. cíl musí být realistický**. **7. Dosažení cíle musí stát úsilí.**

Klient AD kromě „Kontraktu“ podepisuje i **tzv. Smlouvu o poskytování služby**. Smlouva je dvoustranným aktem mezi zákonným zástupcem a AD. V ní zákonný zástupce schvaluje, že dítě jemu svěřené nastupuje na určitou dobu, ve smlouvě určenou, na pobyt do tohoto zařízení. Uzavřením smlouvy se dítě stává klientem pobytu. Smlouva upravuje práva a povinnosti obou stran a má právní hodnotu. Za AD smlouvu s klientem uzavírá vždy ředitelka AD. Pouze v situacích, kdy to není možné, pracovník jí pověřený. Součástí je zmíněný „Kontrakt“ a „Souhlas s poskytnutím osobních údajů klienta“, který slouží k ochraně soukromí klienta, vymazuje pravidla, jak pracovníci AD budou nakládat s osobními údaji klienta. Klient jím zároveň vyslovuje povolení disponovat s nimi v případě spolupráce s ostatními zaangažovanými odborníky.

V případě, že se dítě stává klientem pobytové části AD na základě souhlasu zákonného zástupce, vyplňuje klíčový pracovník za pomoci dospělého klienta **anamnézu**. Ta slouží k účelům základní diagnostiky a k zorientování se v situaci rodiny a dítěte. Zahrnuje údaje osobní charakteristiky dítěte i rodičů, údaje zdravotní, psychologické povahy (otázky na vývoj, na chování dítěte atd.), sociální a materiálně ekonomické. V případě, že dítě bylo přijato z rozhodnutí soudu, „Smlouva o poskytování služby“ se neuzavírá a potřebné anamnestické údaje jsou získány od sociálních pracovníků městských úřadů.

Své přání má možnost vyjádřit i příchodí dítě. Pro tento účel slouží neformální „**Smlouva pro děti**“, ve které vyslovuje dítě, co by chtělo, aby se v jeho životě změnilo. Tato smlouva se používá i v případě, kdy dítě nezvládá přizpůsobení se stanoveným normám chování. V ní se pak zavazuje k úsilí o nápravu za pomoci pracovníků AD.

---

<sup>43</sup> Úlehla, 2005, str. 80

#### 4. Průběh

Během této fáze může pracovník využívat řadu metod. Patří k nim **tzv. zplnomocňování klienta**. Klient je zplnomocňován v tom, co se mu daří. Zplnomocnění se netýká toho, co je špatně. Zplnomocněním pracovník říká klientovi, že spoléhá na jeho schopnosti, dává mu plnou moc konat. Předpokladem je víra pracovníka, že klient chce spolupracovat a že je schopen své problémy řešit.

Dále **tzv. užitečná nedorozumění**<sup>44</sup>, která usměrňují tok rozhovorů. Pracovník ještě úplně nerozumí. Jakmile je vše pracovníkovi jasné, nemá se na co ptát. Vlastní pracovníkové pocity, které během rozhovoru prožívá, mohou také upozorňovat na možnost dalších otázek. Pracovník se neostýchá zeptat na to, co se jeví jako samozřejmé, jednoduché. Používá zejména **tzv. otevřených otázek**.

Osvědčené jsou také **tzv. techniky efektivní komunikace**:

**Zrcadlení** - úplné nebo částečné napodobování slovního i mimoslovního chování klienta. Účelem je projevit, že chápeme, jak se mluvčí cítí a pomoci mu jeho pocity uchopit a pojmenovat.

- **Rekapitulace (shrnutí)** - účelem je dokázat, že nasloucháme a rozumíme, ověřit si, že klientova slova správně chápeme a interpretujeme, ukotvit řečený obsah a posunout se v rozhovoru dále.

- **Parafráze** - vlastními slovy převyprávět obsah sděleného. Účelem je dát zpětnou vazbu, nabídnout pohled z jiného úhlu.

- **Kotvení** - zpevňování některých odpovědí a reakcí klienta. Účelem je posílit klientovu jistotu, ubezpečit ho, zastavit ho.

- **Pozitivní přeznačení (konotace)** - posunutí zdánlivě negativního obsahu sdělení do pozitivnějšího světla.

Při dalších návštěvách klientů je dobré si počínat jako by to bylo setkání první. Je dobré projít všemi fázemi rozhovoru od počátku. Při dalších setkáních se dále pokračuje. Pracovník s klientem hledá změny, zlepšení. Zjišťují, zda to, co pracovník a klient spolu dělali v předchozím setkání, je z klientova pohledu užitečné. Posuzují, zda zlepšení bylo dostačující na to, aby společná práce přestala být nutná.

---

<sup>44</sup> Úlehla, 2005, str. 91

## **5. Ukončení**

Čím je jasnější, na čem budou klient s pracovníkem spolupracovat, tím je zřetelnější, kdy mají skončit. Právo ukončit kontakt má klient. Kontakt se ukončuje, když klient rozumí, co mu pomohlo zbavit se problému, tyto postupy dovede opakovat podle své vůle, ví co dělat v případě, že to selže, ví, že je schopen věci řešit vlastními silami. Cílem péče není, aby klient neměl problémy, ale aby s nimi uměl zacházet.

V případě Azylového domu klient i pracovník zohledňují stav dítěte, které využívá pobytových služeb. Zda dojde k ukončení kontaktu do značné míry závisí na něm. Zda pobyt v zařízení splnil účel hlavně pro něj. Zda je také posíleno a stabilizováno rodinné prostředí, aby byl návrat dítěte domů vhodný. Zda došlo k posílení rodičovských kompetencí, či se členové rodiny naučili zacházet s konfliktem, se kterým si nevěděli rady atd.

### **D) Příjem dítěte na pobyt, individuální plán péče**

Když je dítě přijato na pobyt, je mu přidělen **tzv. klíčový pracovník** (dále patron). Obvykle se jedná o jednoho z pracovníků ambulance. Jeho úkolem je „provázet“ dítě po celou dobu jeho pobytu v zařízení. V rámci této role pracovník koordinuje spolupráci ambulantní a pobytové části AD na realizaci individuálního plánu péče dítěte. Dále také koordinuje spolupráci AD a dalších do případu zaangażovaných institucí. Jde zejména o sociální pracovnice OPD, kmenovou školu, smluvní školu AD, PPP, psychiatru, psychologku, dobrovolnické organizace, lékaře a další. Společně s psychoterapeutkou je patron účasten pravidelných poradenských konzultací s rodinou dítěte a je informován o všem podstatném, co vyplývá z individuálních terapeutických sezení.

Pro dítě by měl patron představovat jistotu a bezpečí. Dítě je o roli patrona předem informováno. Potom dítě ví, že se na svého patrona může obracet v případě problémů spojených s pobytem v AD (př. kázeňské problémy, problémy v soužití s ostatními dětmi, problémy ve škole aj.). Patron je pro dítěte zprostředkovatelem všech potřebných informací. Je s dítětem v každodenním kontaktu (kromě víkendových dnů). Dítě tak ví, že na něho v AD někdo konkrétní čeká a zajímá se o jeho úspěchy a neúspěchy. Více méně pravidelně se spolu mohou připravovat do školy. Patron dále doprovází dítě na jednotlivá vyšetření.

Během pobytu dítěte patron mapuje vývoj jeho situace, vede spisovou dokumentaci dítěte. Je v pravidelném kontaktu s rodiči dítěte a sociálními pracovníky OPD. Ve spolupráci s dalšími pracovníky ambulantní části připravuje následnou péči po ukončení pobytu v AD.

Patron se společně s ostatními pracovníky ambulance podílí na vypracování **individuálního (osobního) plánu dítěte**. Jedná se o dokument, který vypovídá o potřebách dítěte a rodiny a o jejich naplňování v rámci AD. Podkladem je uzavřený kontrakt. V plánu dítěte jsou stanoveny cíle, kterých chce rodina dosáhnout a jednotlivé kroky k jejich dosažení. Na naplnění plánu se podílí všichni zaměstnanci AD. Garantem plánu je patron dítěte.

Alespoň dvakrát během pobytu dítěte probíhá **revize osobního plánu dítěte**. Revize se uskutečňuje ve dvou úrovních. První revidování probíhá z hlediska celého pracovního týmu. Druhá část pak společně s dítětem a zákonným zástupcem, či pouze s dítětem. V období příprav na ukončení pobytu probíhá závěrečné resumé plánu a práce s načrtnutím dalších potřeb rodiny či dítěte. Výstup práce společně s dalším plánováním je vypracován písemně a zahrnut do dokumentace.

Při příjmu seznamuje patron dítě s pravidly AD, prochází s ním „**Pobytový řád AD**“. Pravidla určují pro dítě mantinely chování, umožňují vzájemné soužití dětí a zároveň pro ně vytvářejí bezpečný rámec. Dítě ví, že určité chování je žádoucí a jiné zase ne. Většina přichozích dětí se často s těmito normami potýkají. Vzduchují, provokují, „zkoušejí“. Při důsledném a jednotném přístupu všech pracovníků AD, zejména pak pracovníků výchovných, dochází postupně k uvolnění tenze a přizpůsobení se těmto pravidlům.

Přímou péči o dítě zajišťují na základě **denního výchovného plánu** vychovatelé AD. Střídají se ve dvou směnách, noční a denní. V AD uskutečňují **výchovně vzdělávací činnosti**. Jejich péče je přizpůsobena potřebám dítěte, je zajištěn individuální přístup. Pomáhají dětem s přípravou na vyučování, vedou je k hygienickým a sebeobslužným návykům, k dodržování denního režimu, učí je smysluplně trávit volný čas. AD je zařízením rodinného typu, takže děti se zapojují do chodu domácnosti svou pomocí v kuchyni, při úklidu.

Během pobytu dítě jednou týdně absolvuje **individuálně terapeutická sezení** s terapeutkou zařízení. Jedná se zejména o krizovou terapeutickou intervenci nebo podpůrnou terapii. Důležitým a často obtížným úkolem je vytvoření a udržení

potřebné terapeutické atmosféry. Dítě do terapie přichází, protože je někdo přivedl. Nezůstane v terapii, pokud si svou terapeutku či terapeuta neoblíbí a terapeutický proces ho nebude bavit. Kvalita vzájemného vztahu tvoří jeden z nejdůležitějších prvků v individuální terapii dětí. Terapeut musí využívat zábavných činností, jako jsou např. hry, vytvořit ovzduší důvěry a navázat s dítětem smysluplný vztah vzájemné náklonnosti. Při volbě příslušných terapeutických metod je důležité jejich přizpůsobení komunikační úrovni a stylu dítěte (způsob mluvy, zájmy dítěte, využití her, malování, povídání), vývojovému stádiu dítěte, potřebám dítěte a terapeutově orientaci.

Jednou týdně se dítě rovněž účastní **komunitního setkávání dětí**. Dětskou komunitu vedou dva pracovníci ambulance. Skupina je výhradně tvořena dětmi na pobytu. Cíle setkávání jsou spíše sociální a sebezpoznávací. Na komunitě je možné řešit problémy ve vzájemném soužití dětí, jiné problémy spojené s pobytem v AD. Pracovníci také využívají technik, které dětem umožní sebezpoznání.

Skupinová praxe poskytuje některé možnosti, které individuální práce s klientem nabídnout nemůže. Podstatným faktorem skupinové práce je skupinová dynamika. Metodologickou základnou sociální skupinové práce je **skupinová psychoterapie**. Skupinová psychoterapie je „postup, který k léčebným účelům používá skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy skupiny“.<sup>45</sup> Skupinoví pracovníci užívají behaviorální nebo psychodynamické přístupy zaměřené na individuální změnu. Zásadním pojmem důležitým pro skupinovou terapii je „**korektivní emoční zkušenost**“, který popsal Franz Alexander<sup>46</sup>. Klient je vystaven emočním podnětům, které v minulosti nezvládal, za příznivějších podmínek. Intelektuální náhled je doprovázen emočním prožitkem a systematickým testováním reality.

Pro práci skupiny je nutno vytvořit **bezpečný rámec**, který poskytují její **pravidla**. Tyto pravidla jsou prohovořena s celou skupinou dříve, než je zahájena činnost. Před zahájením každé komunity jsou znovu společně připomínána.

K typickým technikám, které se ve skupinách uplatňují, náleží **hry, diskuse, experimentální cvičení, videotrénink, psychogymnastika** atd.

---

<sup>45</sup> Kratochvíl in Matoušek, 2003, str. 158

<sup>46</sup> Tamtéž, str. 164

Uvedu teď příklady některých **speciálních technik sociální práce**, které jsou v AD užívány buď v rámci skupinové nebo individuální práce s dětmi. Některé z nich lze uplatnit i při práci s rodiči.

**Kruh emocí** – uprostřed papíru je zakreslena kružnice a seznam emocí. Pomocí výsečí klient zaznamenává emoce, které nejčastěji prožívá. Velikost výseče by měla odpovídat míře jejich výskytu. Emoce, které nejsou v seznamu je možné dopsat. Podobně lze využít techniku **Kruh aktivit**. Namísto emocí klient doplňuje činnosti, jak převážně tráví svůj den.

**Hodnotící škály** – techniku lze obměňovat, lze ji užít pro různé otázky. Umožňuje kvantitativně vyjádřit kvalitativní jev. Nejnižší číslo znamená situaci hodnocenou jako nejhorší, nejvyšší jako nejlepší. Několik příkladů otázek: Jak se cítíte? Jak jste spokojen sám se sebou? Jak zvládáte stávající situaci? Atd. Dalším příkladem je **škála vlastností**.

**Dohoda** – dvě strany (rodič x dítě; pracovník x dítě; pracovník x rodič) uzavřou vzájemnou dohodu, ve které jsou konkretizovány vzájemné požadavky a způsob jejich plnění.

#### **E) Ukončení pobytu dítěte, přechod dítěte do ambulantní péče**

V případě tříměsíční délky pobytu by minimálně týden před ukončením pobytu měla být zahájena **příprava na ukončení**. Dítě by mělo spolu se svým patronem minimálně jednou navštívit prostředí, do kterého půjde. Tato doba přináší pro patronství opět zvýšenou pozornost. Patron připravuje dítě na odchod do nového či staronového prostředí. Pokud se dítě vrací zpět do rodiny, spolu s rodiči reviduje plán a plánuje další spolupráci. V tomto období píše patron **zprávu o pobytu dítěte** příslušnému OPD či dalšímu zařízení, do něhož má být dítě případně umístěno. Patron by měl být co nejvíce zaangažován pro dítě ve **dni „předání dítěte“**.

Klient po ukončení pobytu přechází automaticky do ambulantní péče, je-li to pro něj možné a pokud s tím souhlasí. Varianty ambulantní péče jsou domluveny v období přípravy na ukončení pobytu. V samotné ambulantní péči potom pracovník s klientem sepisují kontrakt o využívání ambulantní služby.

Samotné ukončení (rozloučení) s dítětem probíhá přiměřeným **ukončovacím rituálem**. Před odchodem dítěte zapíše vzkaz do knihy k tomu určené.



V případě umístění dítěte do jiného zařízení a pro účely následného plánu péče po ukončení pobytu, pracovníci ambulance provádějí **tzv. vyhodnocování případu dítěte v obtížné životní situaci**<sup>47</sup>. Vyhodnocení mapuje situaci, objasňuje potřeby dítěte a to, do jaké míry jsou či nejsou naplňovány. Z těchto informací pak vychází návrh na řešení situace. V případě, kdy jsou shledány takové podmínky, že by návrat dítěte do rodiny nebyl vhodný, může vyhodnocení případu dítěte posloužit ke spolupráci na hledání nejvhodnějšího dalšího řešení po opuštění dítěte AD.

#### **Základní okruhy vyhodnocení případu dítěte v obtížné životní situaci:**

<b>Vývojové potřeby dítěte Sociální, emocionální, fyzický stav</b>	<b>Kapacita rodičů pečovat o dítě</b>	<b>Širší rodina a prostředí</b>
Zdraví	Základní péče	Rodinná historie a celkové fungování rodiny
Vzdělání	Zajištění bezpečnosti	Širší rodina
Emocionální vývoj a chování	Citová vřelost	Bydlení
Identita	Schopnost dávat dítěti vhodné podněty a stimulovat jeho rozvoj	Zaměstnanost
Vztahy v rodině a další sociální kontakty	Stanovení a uplatnění hranic	Příjmy rodiny
Chování navenek	Stabilita	Sociální integrace rodiny
Schopnost postarat se o sebe		Využití zdrojů společnosti

V Příloze č.4 uvádím podrobnou tabulku vyhodnocování dítěte s rozepsanými jednotlivými položkami.

#### **F) Terénní služba**

Terénní služba nabízí rodinám „provázení“ po ukončení pobytu dítěte v AD a zprostředkování dalších podpůrných aktivit pro rodiče i děti.

Terénní pracovníce zajišťují propojení a návaznost služeb jak v rámci AD, tak s ostatními odborníky státní i nestátní sféry. Snaží se usnadnit dostupnost běžných služeb veřejnosti a osobně doprovázejí klienty při jejich kontaktu s veřejnými

<sup>47</sup> Vrtbovská in Sociální práce, 2006, str. 37

institucemi. Spolupracují se sociálními pracovníky OSPOD na **dlouhodobém plánu podpory rodin** dle potřeb zjištěných během pobytu dítěte v AD. Poskytují sociálně-právní, výchovné poradenství, spolupracují s rodiči na posílení jejich rodičovských kompetencí.

Terénní pracovníci využívají při své práci některé z výše uvedených postupů. S klienty rovněž hledají kontrakt a stanovují dostupné cíle a postup k jejich dosažení.

### **3. Případová studie - Honza**

Pro zpracování případové studie jsem si zvolila případ Honzíka, který je typickým zástupcem klientů AD a demonstruje komplexnost poskytovaných služeb.

**Anamnéza:** 12letý Honza vyrůstá bez vlastního otce, který tragicky zemřel, když byl Honzík ještě kojenec. V domácnosti bydlí se svou starší matkou (52 let), se svým nevlastním otcem (35 let), se starší sestrou (16 let) a mladší sestrou (4 roky). Na matku je fixován, ale matka na něj nemá pro svou fyzicky náročnou práci (uklízečka) čas. S otčímem mívá Honza časté konflikty, hlavně kvůli nepořádku a neprospěchu ve škole. Pozornost obou rodičů je více věnována nejmladší sestře Honzy, která je vlastním dítětem obou rodičů. Starší sestra Honzíka byla hospitalizovaná na psychiatrii, studuje na katolické škole učební obor, s Honzou mají velmi kladný citový vztah. Honza má ještě nejstarší sestru (21 let), která již s nimi v domácnosti nežije, ale není zcela kompetentní se o sebe starat, prošla ústavní výchovou.

Ve škole má Honza velmi slabý prospěch a má problémy v komunikaci s vrstevníky. Z těchto důvodů docházel do ped. psy. poradny, kde mu byly diagnostikovány spec. poruchy učení v lehčí formě, zdůrazněna byla domácí příprava s nutnou pomocí dospělého. Byl doporučen přestup na zvláštní školu, ale matka s doporučením nesouhlasila na základě špatné zkušenosti se starší Honzíkovou sestrou. Matka často nereagovala na výzvy školy, nechodila na třídní schůzky.

Mimo školu neměl Honza žádné aktivity, a to hlavně z důvodů finančních. Po škole byl většinou sám doma, kde si sám, nebo se svými sestrami hrál. Stálé kamarády neměl. Doma se s ním nikdo do školy nepřipravoval, rodiče ho pouze

upozorňovali na nepořádek a nesplnění povinností (hlavně venčení jezevčíka) a to pouze kárným způsobem. Matka i otec nemá na Honzika čas.

Honza bydlí v pokoji se svou sestrou. Má vlastní postel a malou skříňku. Veškeré své věci má pod postelí. Součástí jeho majetku je staré oblečení, většinou po sestrách nebo někdy po otčímovi, a rozbité hračky. Honza si ztěžuje na spolužáky, že ho šikanují. Díky studiu své sestry se začal občas stýkat s řeholními sestrami katolické církve, ke kterým se rád vracel nejen pro jídlo.

Podle zpráv soc. prac. příslušného OPD je rodina sledována od doby narození prvního dítěte (nejstarší sestry Honzy) a to kvůli nedostačující péči ze strany matky, která byla schopna základní potřeby (jen ty materiální) svých dětí naplňovat pouze pod dohledem.

### **Průběh péče a pobytu v AD:**

**Přijetí:** Do AD se Honza a jeho rodina dostali na doporučení soc. prac. OPD. Důvodem vyhledání pomoci bylo vlastní přání Honzy, že už doma nechce být. Na ambulantní schůzce sociální pracovníci AD společně s rodinou (matka, otčím, Honza) hledali „zakázku“ rodiny, přání, v čem by mohli pracovníci AD rodině pomoci. Zakázkou bylo, aby si členové rodiny od sebe vzájemně odpočinuli, a aby se Honza naučil být pořádný a zlepšil se ve škole. Soc. prac. OPD, která byla do služby zaangažována od začátku, chtěla pobytem Honzy v AD odkrýt bezpečnost rodinného prostředí pro chlapce.

### **Plán péče:**

1. Honza bude na přechodnou dobu umístěn do AD. Bude muset respektovat pravidla AD a autoritu vychovatelů.

2. Do školy bude docházet do smluvní školy, poblíž AD, aby mohl zkusit navazovat vztahy s novými spolužáky + ve škole pracují individuálnější způsobem s přihlédnutím ke spec. poruchám učení.

3. V AD se bude společně s vychovatelem připravovat do školy a společně s vychovatelem se bude postupně učit základním sebeobslužným návykům, včetně uklízení. Využití monitorovacího kalendáře.

4. Jednou týdně proběhne individuální terapeutická konzultace s psychoterapeutkou.

5. Jednou týdně účast na komunitním setkávání dětí.

6. Stanovení klíčového pracovníka (patrona).

7. Vyšetření lékařská, provést psychologickou a psychiatrickou diagnostiku.
8. Navázání kontaktu s kmenovou školou.
9. Jednou týdně budou probíhat ambulantní sociálně výchovné konzultace s cílem posílit výchovné kompetence rodičů a v případě potřeby motivovat rodiče na rodinnou či individuální terapii.
10. Na základě určení potřeb rodiny nalezení vhodné následné péče.

### **Průběh péče:**

- 1.** Honzík si na pobyt v AD zvykl rychle a líbilo se mu tam. K ostatním dětem byl přátelský, preferoval hry s dětmi mladšího věku. Podmínkou pobytu bylo přizpůsobit se pravidlům „Pobytového řádu AD“, který Honza respektoval a neměl větší problémy. Velmi rád se účastnil jakýchkoli volnočasových aktivit v AD (hry, výlety, kino atd.). Hlavně rád „hrál“ divadelní role a začal hrát na flétnu.

Celkově u něj převažuje smutná nálada, časté agresivní projevy formou her a představ. Touží po kladném citovém přijetí, po pozornosti a pochvale. Neumí odhadovat důsledky svého chování a neumí interpretovat reakce okolí na něj. Interpretace je většinou vztahovačná a Honza si myslí, že mu všechny děti ubližují. V druhých pak vyvolává agresi. Na základě korektivní zkušenosti během pobytu v AD se zlepšil jeho postoj k sobě samému, začal být sebejistější a odvážnější do vztahů, začal si stanovovat své osobní hranice. Očekávání od druhých však byla stále značně nereálná.

- 2.** Po každodenní soustavné asistované přípravě do školy došlo ke zlepšení prospěchu. V souvislosti s tím se postupně zvyšovalo Honzíkovo sebevědomí. H. si začal více věřit a k přípravě do školy začal přistupovat pozitivněji.
- 3.** Honzík často žije ve svých fantazijních představách, před realitou uniká do svých myšlenek a přestává reagovat na své okolí. Pořádek ve svých věcech byl schopen dodržovat pouze pod neustálou motivací a odměňováním. Má sklon k hromadění věcí. Monitorovací kalendář ho motivoval na základě názorného zobrazení svých úspěchů.
- 4.** Honzík byl velmi seberefektivní. Postupně hovořil o svém problematickém vztahu k otčímovi. Myslel si, že ho nemá rád. Mluvil o tom, že na něho nemá maminka čas. Mluvil o tom, že je špatný a hloupý. Plakal nad tím, že ho nikdo nemá rád. Se svými nepřáteli („zlem“) se vypořádával ve svých fantaziích. Svě

emoce rád vyjadřoval hraním vlastních skladeb na flétnu. Mluvil o tom, že by se rád vrátil domů, ale že se musí zlepšit. Postupně v souvislosti s korektivní zkušeností v AD se začalo měnit jeho sebepojetí.

- 5.** Psychologická diagnostika potvrdila vážnou deprivaci citovou, kognitivní i sociální. V důsledku deprivace došlo ke snížení rozumových schopností na hranici mentální retardace. Specifické poruchy učení nebyly potvrzeny s jistotou. Z těchto důvodů je pro Honzu zvládání základní školy nadměrnou zátěží. Psycholožka však nedoporučila přechod na zvláštní školu z důvodu věku Honzíka, doporučovala individuální domluvu s třídní učitelkou Honzy, úpravu studijního plánu v individuální. Pro Honzu by přechod do zvláštní školy mohl být dalším zátěžovým faktorem.

Psychiatrická vyšetření doporučila homeopatika na deprese a úzkosti, vyslovila obavu z potenciální schizofrenie či rozvinutí agresivního chování směřovanému vůči druhým lidem. Doporučila pravidelné konzultace. Obě vyšetření se shodla v tom, že Honza je na rodinné prostředí fixovaný a že s podpůrnou péčí rodiny, je možný návrat dítěte do rodiny.

- 6.** Na základě psychologické diagnostiky byla kontaktována škola a ve spolupráci s třídní učitelkou byl připravován individuální studijní plán pro Honzu. Spolužáci s třídní učitelkou Honzu v AD navštívili. Honzík si uvědomil, že ho přijímají mezi sebe a začal se těšit zpátky do školy.

- 7.** Ambulantní setkávání s rodiči byla zaměřena na motivaci na rodinnou terapii (která byla neúspěšná) a na posílení výchovných kompetencí. Rodiče byli seznamováni s potřebami, které Honzík má a se způsoby, jak je možné je naplňovat. Hlavně byla zdůrazněna jejich nutná přítomnost v jeho životě a to i při přípravě do školy. Postupně byli seznamováni s výsledky odborných vyšetření a s důsledky, které z těchto zjištění plynout, např. nemít velká očekávání co se týče školy, slevit ze svých požadavků a hlavně asistence při jeho přípravě. Na základě přání rodičů byl otevřen problém vztahu Honzíka a otčima. Nevlastní otec si uvědomil, jak velkou úlohu hraje v chlapcově životě a postupně ho začal samostatně navštěvovat a brát na výlety, dávat mu dárky atd. Uvědomil si, že nepořádek, který ho nejvíce na Honzovi iritoval, nedělá Honza schválně, ale že to jinak neumí. Hovořili jsme o významu motivace, odměn, povzbuzení a důslednosti vůči chlapci. Honza zjistil, že kvůli němu rodiče váží dlouhou cestu do AD každý týden. Před odchodem Honzy domů byla domluvena úprava

studijních povinností ve škole + třída se zúčastní projektu práce se školními kolektivy. Bylo domluveno, že Honza bude navštěvovat hudební a dramatický kroužek. Z dobrovolnické organizace byla vybrána dobrovolnice, která se bude s Honzíkem pravidelně scházet a pomáhat mu mimo jiné i s přípravou do školy + tábor o prázdninách. Chlapec s maminkou budou pravidelně docházet do psychiatrické ambulance, na základě proběhlého vyšetření. Soc. prac. z OPD měla i nadále rodinu motivovat k rodinné terapii. Rodinu bude i nadále doprovázet soc. prac. OPD, v případě potřeby terénní pracovník AD.

### **VIII. Supervize v zařízení**

Téma supervize se objevuje v souvislosti s rozvojem osobnosti sociálního pracovníka a s prevencí negativních jevů, jako je vyhoření či syndrom pomáhajícího. Jako taková přispívá k dobrému zdravotnímu stavu pomáhajícího pracovníka a je nedílnou součástí zdravého profesně – životního stylu odborníka. Z vlastní zkušenosti práce v pomáhající profesi mohu účinnost a nezbytnost supervize potvrdit. Osobně ji přikládám velký význam pro kvalitu vlastní práce a pro prevenci emočních „virů“, které se během profesionálního vztahu s klienty pomalu a tiše zabydlují v duši pomáhajícího.

Proto si myslím, že by jako téma neměla chybět ani v této práci. Supervize je nezbytnou přípravou pracovníka na práci s klientem. Svým významem zasahuje do vztahu mezi klientem a pracovníkem. Napomáhá k tomu, aby pracovní a zároveň lidský vztah mezi oběma byl bezpečnější. Aby pracovník věděl o svých zdrojích a limitech. Aby dokázal klienta uchránit svých osobních projekcí atd.

Nástrojem zvyšování profesionality a psychohygieny je supervize také v AD Přemysla Pittra pro děti. Případovou supervizi zajišťuje PhDr. Hana Vyhnálková. Této supervize se účastní celý tým a je zaměřena na vztahy pracovníků ke konkrétním případům, klientům.

Týmová supervize, pod vedením MUDr. Romany Hronové a Mgr. Michala Vybírala, probíhá formou balintovské skupiny s prvky psychodramatu. Paní ředitelka je pod individuální supervizí PhDr. Gabriely Langošové.

## 1. Co je supervize?

*„Supervize je celoživotní forma učení zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí.“<sup>48</sup>*

Slovo „supervize“ k nám přešlo z angličtiny. Je odvozeno od slova „supervision“, což se překládá jako „dohled, dozor, kontrola“. Termín supervize je užíván v posunutém smyslu v psychoterapii, odkud proniká do dalších pomáhajících profesí. V tomto smyslu se rozhodně nejedná o kontrolu či inspekci. Některým psychoterapeutům vadí samo slovo „supervizor“ a to právě pro význam „dohledu, kontroly“, které toto slovo navozuje. Raději by používali slovo „konzultant“.

V psychoterapii je supervize přirozenou součástí profesionálního vzdělávání. Jde o proces praktického učení, v němž supervizor – učitel (někdy skupina kolegů) pomáhá supervidovanému řešit konkrétní problémové situace, které vznikají při jeho práci s klienty. V supervizním procesu jeden člověk (supervizant – pracovník, který je supervidován) přináší druhému člověku (supervizorovi – odborník, který supervizi provádí) příběhy, obrazy, pocity, týkající se třetího člověka (klienta) a podává subjektivní zprávy o některých aspektech své práce. Ve vzájemné spolupráci mezi supervidovaným a supervizorem jde o společné hledání řešení v atmosféře důvěry, o rozvíjení sebereflexe vedoucí k pochopení dosud neuvědomovaných souvislostí, vztahů, pocitů a jejich odrazu v pracovní činnosti. Supervidovaní mohou být jedinci, ale i skupiny a týmy. Proces supervize je uskutečňován v kontextu vztahů. Je-li funkční, je kooperativní, otevřený, vzájemný, respektující, zúčastněný.

Supervize v psychoterapii se dělí na **kvalifikační**, která je součástí výcvikového procesu a směřuje k dosažení určité kvalifikace odborníka, a **průběžnou**, která doprovází praxi již kvalifikovaných odborníků. Většinou se supervize týká vztahových, emočních aspektů práce s klientem. Reflexe toho, co se děje mezi terapeutem (sociálním pracovníkem) a klientem převažuje nad praktickými terapeutickými postupy. „Supervize je chápána jako poradenská metoda vedoucí k reflexi vlastního profesionálního jednání manželských a rodinných poradců. Vzhledem k charakteru poradenské práce je supervize nezbytnou součástí profesionální přípravy manželského a rodinného poradce i průběžného provádění poradenské práce.“<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> Matoušek, 2003, str. 349

<sup>49</sup> Kopřiva, 1997, str. 136

Zvláštní metodou supervize v psychoterapii je **bálintovská skupina**. Má velké uplatnění především v průběžné supervizi a to i v jiných pomáhajících profesích. Anglický psychoanalytik M. Bálint v 50. letech vymyslel speciální způsob užití psychoterapeutických poznatků v práci na vztahu lékaře k jeho pacientovi. Metoda byla původně určena pro lékaře, brzy se však rozšířila i v dalších pomáhajících profesích. Skupina příslušníků některé z profesí se schází ve stanovených intervalech pod vedením kvalifikovaného vedoucího. Na sezení vždy někdo z účastníků nabídne svůj případ, s kterým by chtěl pomoci. Většinou jde o případ, kdy pomáhající není spokojen s tím, jak prožíval kontakt s klientem nebo jak si počínal a nese v sobě vnitřní konflikt. Nějaký motiv vedl k jednání, které proběhlo. Jiný motiv by si přál reakci jinou. Je třeba přijít na to, co to člověk od sebe chce. Skupinová **práce na tématu** má pět fází: **a) expozice případu** – ten, kdo případ předkládá, přednese problém tak, jak si ho pamatuje, **b) otázky** – účastníci se ptají na okolnosti, které potřebují vědět k utvoření obrazu o tom, co se asi dělo v pomáhajícím, klientovi případně v dalších osobách, které v příběhu vystupují, **c) fantazie** – účastníci říkají, co si představují o citech a vztazích jednotlivých postav případu. Slovo „fantazie“ má povzbudit k uvolněné tvořivosti na základě intuice, **d) praktické náměty na řešení** – účastníci říkají, jaký praktický postup by v daném případě zvolili na místě pomáhajícího, **e) vyjádření protagonisty** – ten, kdo případ předkládal se vyjádří k tomu, co slyšel během fází b) až d), ocení to, co bylo pro něj užitečné.

Cílem není najít objektivní pravdu, nýbrž předložit pomáhajícímu spektrum představ, z nichž si vybere to, co má pro něj cenu. Na závěr může vedoucí zařadit možnost pro účastníky vyjádřit předkladateli podporu např. formou posláních, pozdravů, neverbální podpory.

Bálintovské skupiny mají u nás dlouholetou tradici. Jako u většiny jiných supervizních technik i u bálintovské skupiny úroveň práce podstatně trpí, pokud se ve skupině vyskytuje větší počet osob z jednoho pracoviště. Dlouhodobá účast v bálintovské skupině působí jako sebezkušenostní skupina, podporuje sebereflexi.

## **2. Formy a cíle supervize**

Řada autorů se pokouší o typologii supervize (př. Havrdová, Hawkins, Shohet, Kadushin). Shodují se v tom, že prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníka, rozšiřování jeho dovedností. Obecná shoda mezi teoretiky supervize



není v tom, nakolik má být supervize přímým nástrojem řízení a nakolik ji má nebo může provádět přímý nadřízený supervidovaného. Většina českých autorů odmítá supervizi ztotožnit s procesem řízení organizace a argumentují tím, že supervizní vztah by měl být bezpečným a důvěrným vztahem.

**Cíle supervize** mohou být **krátkodobé**, např. získání několika profesních dovedností, nebo **dlouhodobé**.

Formu i cíl supervize je třeba před jejím zahájením jasně definovat a zároveň závazně určit, komu budou jaké informace ze supervize přístupné. Tato pravidla jsou zakotvena v **supervizním kontraktu**, v dohodě mezi poskytovatelem a příjemcem supervize. Před zahájením je třeba se přesvědčit o tom, že jsou všichni účastníci se záměrem a způsobem supervize srozuměni.

Podle počtu supervidovaných lze rozlišit supervizi **individuální** a **skupinovou**. **Individuální supervize** je strukturovaný kontakt s jedním pracovníkem. Má podobu plánovaných, časově vymezených schůzek s předem dohodnutým programem. Supervizor a supervident spolupracují na základě písemné supervizní dohody, kontraktu, kterou sestavují při prvním setkání. V ní je zahrnut cíl setkávání, co bude do supervize zahrnuto a co nikoli, frekvence schůzek, místo setkávání, pravidla zacházení s informacemi. V každém dalším sezení uzavírají oba zúčastnění upřesňující dohodu pro příští sezení. Důležité je vytvoření atmosféry otevřenosti a bezpečí.

**Skupinová supervize** je strukturovaný proces, v němž je prostor, aby pracovníci ve skupině diskutovali o své práci, o svých aktuálních pocitech a vztazích v práci. Cílem je profesionální rozvoj jednotlivce v kontextu skupiny. Má podobu plánovaných, časově vymezených schůzek s předem dohodnutým programem. Supervizor a 8 – 10 členů skupiny spolupracují na základě supervizní dohody, kterou sestavují při prvním setkání. Jsou v ní stanoveny cíle, hranice, frekvence, místo setkávání, pravidla zacházení s informacemi. Na každém setkání uzavírají upřesňující dohodu. Tato forma supervize je účinná proto, že členové skupiny se mohou vzájemně ovlivňovat, dávat si zpětnou vazbu, učit se od sebe navzájem.

**Týmová supervize** zahrnuje všechny členy pracovního kolektivu bez ohledu na jejich pozici, odpovědnost. Je zaměřena na činnost týmu jako celku. Každý člen skupiny má mít možnost vyjádřit se k osobě supervizora, k programu, k ostatním členům.

K dalším formám supervize patří vzájemné konzultování dvou kolegů (**co-consultancy**) čili reciproční supervize dvou kolegů s podobným rozsahem zkušeností. Předem je třeba dohodnout, kdo je supervizor a kdo supervidovaný.

**Intervize** (peer-supervision) je supervizní setkání skupiny bez supervizora. Jde o podobně funkčně postavené spolupracovníky.

**Autovize** (autosupervize, sebesupervize) je proces sebereflexe pracovníka. Pracovník sám sobě klade otázky, na něž odpovídá.

### **3. Nároky na supervizora**

Supervizor spolupracuje se supervidovaným na základě kontraktu. Je odpovědný za vytvoření bezpečného a stimulujícího vztahu. Supervizor dokáže se supervidovaným dojednat kontrakt, ví, co probíhá aktuálně ve vztahu k supervidovaným, ví, co dělá, proč to dělá a jak to dělá. Používané metody supervizní práce se odvíjí od teoretických předpokladů, vzdělání, profese a praxe, typu výcviku, osobnostních vlastností, tvořivosti, světonázorové orientace, celkového přehledu. Prvořadým úkolem supervizora je pomoci supervidovanému rozvíjet nové strategie řešení a zároveň sledovat, zda jsou ve vztahu k praktickým požadavkům racionální a reálné.

Supervizor v sociální oblasti se soustřeďuje na podporu a kontrolu zároveň a stále si vyjasňuje, kdy kontroluje a kdy podporuje.

Supervizor má v supervizní skupině **vedoucí roli**, plní řadu úkolů. *Facilituje*, usnadňuje komunikaci, udržuje rovnováhu v zapojení členů do skupiny. *Moderuje*, řídí skupinový rozhovor, strukturuje debatu. *Organizuje* a hlídá časový průběh sezení, dodržuje strukturu, která je rituálně stabilní. Pečuje o *sycení potřeb účastníků* (naplňování potřeby výkonu, bezpečí, individuální ocenění atd.). *Poskytuje model*, členové supervizní skupiny mohou přejímat jeho chování, naslouchání, intervence atd. *Umí zacházet s mocí*, využívá svou autoritu ve prospěch skupiny. *Zná své hranice*, pečuje o sebe, chrání se před syndromem vyhoření.

Pro vytvoření bezpečného a stimulujícího prostředí je třeba, aby supervizor dodržoval některé **zásady**:

☺ **Podmínky** – vytváří si hypotézu o jednotlivých členech skupiny, anticipuje projevy a podle toho volí individuální přístup ke každému zúčastněnému v kontextu skupiny.

☺ **Budování vztahu pracovní aliance** – základem vztahu je akceptace, otevřenost, empatie. Jedná se o úsilí obou stran. Jsou předpokladem bezpečí a důvěry. Je

důležité vědět, co je pro koho bezpečné a co není. Samozřejmým požadavkem je zachování mlčenlivosti.

☺ **Otevřenost** – respekt a úcta ke každému.

☺ **Organizace** – příprava programu, zachovávání struktury.

☺ **Informovanost** – informovat členy skupiny o tom, co se bude dít a kdy.

☺ **Zázemí** – pamatovat na základní potřeby (přestávky, jídlo, pití, WC).

☺ **Pravidla psaná i nepsaná** – na skupinových normách se mají členové skupiny sjednotit a musejí sloužit k dosažení skupinového cíle. Pravidla je třeba dohodnout v počáteční fázi.

☺ **Systematicčnost**.

Supervizor se v poskytování supervize na jakémkoli stupni odbornosti neobejde bez výcviku.

#### **4. Podmínky úspěšné supervize v organizaci**

Podmínkou realizace dobré supervize v organizaci je její otevřenost k hledání, ochota dělat věci jinak. Vedení i pracovníci musejí mít k supervizorovi důvěru. Všichni zúčastnění by měli vědět, co mají od supervize očekávat.

Dobrá supervize pomáhá lépe využívat vlastní zdroje, reagovat na různé výzvy a rozvrhnout pracovní zátěž.

**K překážkám dobré supervize** patří odlišná předchozí supervizní zkušenost, osobní překážka, složitost vztahu supervidovaný – supervizor, postoj supervizantovy organizace, praktické překážky (finance, vzdálenost, atd.), kultura organizace.

V posledních letech se o supervizi hovoří v souvislosti se standardy sociálních služeb, v nichž je supervize chápána jako jeden z prvků ověřování kvality služeb.

### **IX. Hodnocení AD Přemysla Pittra**

Myslím, že toto zařízení je jedinečné svého druhu. Na území města Prahy fungoval pouze jeden další azylový dům – AD Na Slupi na Praze 2. Ten ovšem svou činnost ukončil zhruba před rokem a půl. Kromě AD Přemysla Pittra jsou využívány azylové domy typu Klokánek, ale ty, podle ohlasů některých odborníků oboru, nesplňují některé zásadní požadavky jako např. kvalifikace „tet“, práce s rodinou se záměrem návratu dítěte do odborně ošetřeného rodinného prostředí. Proto lze říci, na základě zkušeností třech let provozu AD, že se jedná o službu velmi žádanou a v síti sociálních služeb chybějící, což potvrzuje každoroční

poptávka po službě AD, která převyšuje kapacitní možnosti AD(viz Příloha č.5). Proto bude o. s. Dům tří přání usilovat o prostorové rozšíření svých služeb. V blízké době má o. s. ve svém plánu založení dalšího azylového domu, tentokrát AD Olgy Fierzové, spolupracovnice Přemysla Pittra.

Od ledna 2006 se podařilo rozšířit AD o prostory kanceláří na Praze 7 (Čechova ulice). Tam probíhá nezbytná administrativa AD, část služeb ambulance a setkávání s rodinami – zejména setkávání předpříjmová, nebo setkávání s pouze ambulantními klienty, setkávání s klienty „teréními“. Je to výrazná úleva pro práci ambulance, neboť situace již byla neúnosná – na malém prostoru se společně tísnilo pět pracovníků. Toto řešení má, dle mého názoru, ale i své zápory – komplikovanější kompletování, předávání informací („aby všichni věděli všechno“) a snížení kontaktů s dětmi pro některé z pracovníků ambulance. Ideálnější by samozřejmě bylo, aby kanceláře ambulance byly i nadále součástí AD jako celku, to ovšem předpokládá sehnat pro zařízení větší prostory.

Dále bych se chtěla pozastavit u některých osobních kritických postřehů, týkajících se realizace projektu AD, které jsou pro mě diskutabilní.

Věková skupina přijímaných klientů je příliš široká a různorodá. Toto složení věkově hodně odlišných klientů (od tříletých až po osmnáctileté) na jedné straně přináší pozitiva – skupina se více blíží přirozenému modelu rodiny, děti se učí poznávat a přijímat věkové odlišnosti, při vzájemném styku věkových skupin lze vypořádat mnohdy rodinná schémata chování dětí, která by v homogenní věkové skupině objevitelná nebyla. Na druhé straně tato smíšenost přináší řadu komplikací – každá věková skupina vyžaduje jiný způsob práce, s tím související jiné vybavení a požadavky na klienta i na odborníka (mnohdy neřešitelný problém – jak zachovat spravedlnost v požadavcích na mladší a starší děti; dále starší děti potřebují i prostor pro svobodná setkávání s vrstevníky v rámci aktivit, která jim tato vrstevnická setkávání umožní a která umožní např. vybití intenzivní energie, např. sportovní hry atd.), dále - práce v komunitě není tak přínosná, jak by mohla být (zejména pro mladistvé, kteří se o svých problémech nechtějí sdílet s malými dětmi, ve skupině s vrstevníky by mohlo dojít k větší otevřenosti, ke vzájemnému obohacení a podpoře díky sdílení podobných životních zkušeností), navíc starší děti seznamují ty mladší s nevhodnými způsoby chování, které nejsou vývojově přiměřené malým dětem (např. vulgárnost, sexualita).

I během samotného provozu se ukázalo, že pobyt je spíše koncipován pro děti do 12 let a ještě je únosný pro děti do 15 let. Jako spíše neefektivní pro věkovou skupinu 16 – 18 let. Pro tuto skupinu není celkově dostatek zařízení. Zatím jsou tyto „dětí“ umísťovány do Středisek výchovné péče nebo do Domů na půli cesty.

Proto bych viděla přínosné rozdělení těchto věkových skupin na dvě jinak organizované pobytové oddělení (dětí od 3 do 12 let a děti od 12 do 16 let), přičemž výše zmíněný pozitivní přínos lze zachovat některými občasnými společnými aktivitami obou věkových skupin. Oběma „oddělením“, buňkám, bych ponechala rodinný ráz.

Jak jsem psala výše, přímou péči o děti zajišťují vychovatelé. Ti se střídají po 12 hodinových směnách – denní, noční. Na službě bývá zpravidla jeden vychovatel. V případě vyššího počtu dětí (zejména když je plný stav, nebo převaha malých dětí) jsou zajišťovány víkendové příslužby z řad především dobrovolníků. Během všedního dne zdvojují vychovatelskou službu pracovníci ambulance. Myslím si však, že i při menším počtu dětí je péče jednoho vychovatele nedostatečná a není v silách ambulantních pracovníků tuto potřebu dlouhodobě naplňovat. Vychovatel je přetížen, nemůže se stejně věnovat všem dětem. Je to málo bezpečné jak pro dospělého, tak i pro dítě (může docházet k úrazům, agresivní klient může lehce ohrozit jednoho). Posílením služby o druhou autoritu lze klientům i vychovatelům nabídnout větší bezpečí, lepší hygienu práce, větší možnost individuálního přístupu k jednotlivým dětem. Navíc pokud by mohla být dvojice výchovných pracovníků složena z ženy a muže (v ideálním případě), zachoval by se funkční model rodiny (otec, matka). Chápu však, že tento návrh traskotá na finanční stránce věci, nelze platit tolik pracovníků (jenom vznesení tohoto požadavku by mohlo ohrozit úspěšnost v grantovém státním řízení a tím ohrozit fungování AD jako takového). Proto by se mohly služby vychovatelů kombinovat tak, aby se překrývaly. Což bude znamenat, že budou vychovatelé fyzicky v práci častěji, než při stávajícím systému služeb. Dostatečný časový odstup tak momentálně umožňuje nezbytný vydatný odpočinek. Ale myslím si, že by při zdvojených službách nedocházelo k takovému velkému vytížení. Ale zároveň vím, že vyvstává otázka, co potom, když je malý stav dětí v AD.

Ještě se chci pozastavit u věkového složení týmu jako celku. Z celkového počtu 11 stálých pracovníků je 9 z nich mladších 30 let. Mladost týmu má značné výhody. Patří k nim dynamičnost, energie a ochota inovovat, tvořit, hledat nové, ne zůstat

stereotypně v zajetých kolejích; dále jistá pokora – zdokonalování svých schopností, postoj, že nejsem ještě „dokonalým“ odborníkem, tedy postoj neustále se učící a otevřený k sebereflexi; nápaditost – nevyčerpanost „zdrojů“; motivace, elán, různé pozitivní postoje spojené s mladým věkem atd. Osobně dávám rozhodně přednost mladému týmu, než opačně. Ale i přes tyto všechny výhody a osobní spokojenost (byla jsem součástí tohoto týmu), se mi vnucuje otázka, zda výchovné práci s dětmi nechybí aspoň špetka jisté „zralosti“ přicházející s věkem a třeba i s osobními rodičovskými zkušenostmi. Zda by takoví pracovníci nebyli lehčeji přijati dětmi za své autority, náhrady rodičů. Někdy je pro 26 letého vychovatele těžké udržet autoritu třeba u 17 letých a dosáhnout toho, aby tato autorita zároveň byla přirozená. Navíc koncipování služeb nového AD vyžaduje nejen motivaci a energii, ale myslím, že i zkušenosti v oboru, a tak si myslím, že by obohacení týmu o některé starší a protřelejší kolegy bylo přínosné.

Vždy je co vylepšovat a žádné řešení není vždy ideálním. Každopádně chci závěrem říci, že AD Přemysla Pittra pro děti je, podle mého názoru, dobře vykročeným projektem realizovaným zodpovědně a obětavě, s již viditelnými úspěchy u řady dětí a rodin.

## **Závěrem:**

V České republice se děti vyžadující okamžitou pomoc, tedy i děti se syndromem CAN, ocitají nejčastěji v ústavních zařízeních. Děti se syndromem CAN jsou specifickou skupinou klientů vyžadujících odborný přístup a komplexní, multidisciplinární spolupráci institucí zabývajících se péčí o tyto děti. Syndrom CAN je složitý sociální problém, v němž se jednotlivé disciplíny a obory prolínají. V současné době se na problematiku dětí týraných, zanedbávaných a zneužívaných specializují dětská krizová centra. Většinou se jedná o zařízení poskytující klientům takto postiženým ambulantní krizovou pomoc. Děti vyžadující ochranu a bezpečí bývají nejčastěji umísťovány na krizová lůžka diagnostických ústavů a dětských domovů. Jedinou nestátní alternativou jsou azylové domy typu Klokánek. Tyto zařízení ne vždy poskytují potřebnou odbornou péči.

V situaci nedostatku pobytových zařízení pro tyto děti a začínající transformace sociálních služeb v České republice vzniká nový typ azylového domu pro děti. Azylový dům pro děti je sociální službou; službou sociální intervence; službou pro děti v obtížné životní situaci (zejména pro děti se syndromem CAN); službou poskytovanou taktéž celým rodinám; dále je službou krizové intervence; službou pobytovou a ambulantní; a službou pověřenou výkonem sociálně právní ochrany dětí. Je rodinným typem zařízení, útočištěm a neutrálním prostředím pro děti a zároveň profesionální pomocí. Jeho posláním je návrat dítěte do rodinného prostředí.

V Praze 6 čtvrtým rokem funguje Azylový dům Přemysla Pittra pro děti, momentálně jako jediný azylový dům pro děti vyjma Klokánek. Rodinám v krizi poskytuje služby ambulantní, pobytové a terénní. Pracovníci zařízení usilují o naplnění Standardů kvality sociálních služeb. Zařízení poskytuje taktéž rodinné sociální poradenství a individuální psychoterapii. Pomoc poskytuje nejen dětem, ale celým rodinám s cílem návratu dítěte do ošetřeného, stabilizovaného prostředí. Při své činnosti spolupracuje s řadou organizací státní i nestátní sféry. Usiluje o vytvoření fungující sítě spolupracujících zařízení. V praxi naráží na řadu koncepčních nedostatků a problémů finančních.

Dle mého názoru může být azylový dům pro děti dobrou alternativou ústavům a zároveň může být chybějícím článkem v soustavě zařízení zabývajících se péčí o děti se syndromem CAN. Zařízení však nikdy nebude poskytovat účinnou pomoc bez provázanosti s ostatními články odborné péče. Proto je nutná neustálá

angažovanost v rozhovorech s ostatními odborníky péče o dítě a nacházení komplexnějších společných přístupů v péči o děti týrané, zneužívané a zanedbávané. Což je úkol nelehký a dlouhodobý.



## **Seznam literatury:**

- BJALKOVSKI, Ch. *Analýza krizových služeb pro děti a mládež*. Diplomová práce. Praha: FF UK, 1998.
- ČERNÁ, M. *Země ústavní péče*. [online] Bulletin SKOK, 2006 [cit. 2007-06-12].  
Dostupný z WWW: < <http://neziskovky.cz/cz/icn/stop/aktuality/2999.html> >
- Dětské krizové centrum. *Výroční zpráva 2003*. Praha: Durabo, 2004.
- Dětské krizové centrum. *Výroční zpráva 2004*. Praha: Durabo, 2005.
- Dokumentace Azylového domu Přemysla Pittra pro děti.
- Dům tří přání o. s. *Výroční zpráva 2003*. Praha: Boomerang Publishing, 2004.
- Dům tří přání o. s. *Výroční zpráva 2004*. Praha: Boomerang Publishing, 2005.
- Dům tří přání o. s. *Výroční zpráva 2005*. Praha: Boomerang Publishing, 2006.
- Dům tří přání o. s. *Výroční zpráva 2006*. Praha: Boomerang Publishing, 2007.
- DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-254-9.
- DUNOVSKÝ, J.; DYTRYCH, Z.; MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999.  
ISBN 80-902081-8-5.
- HAWKINS, P.; SHOET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004.  
ISBN 80-7178-715-9.
- Hodnocení kvality služeb poskytovaných v komplexu služeb azylové domy*. [online]  
NVF, o.p.s. [cit. 2007-04-25]. Dostupný z WWW:  
< [http://www.cekas.cz/php/pdf/Azylove\\_domy.pdf](http://www.cekas.cz/php/pdf/Azylove_domy.pdf) >
- JEDLIČKA, R.; KLÍMA, P.; KOŤA, J.; NĚMEC, J.; PILAŘ, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.
- KAPPL, M. *Metody sociální práce s jednotlivcem*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2004. ISBN 80-7041-846-X.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X.
- KOVAŘÍK, J.; BUBLEOVÁ, V.; ŠLESINGEROVÁ, K. *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-957-7.
- KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
- KRÁLOVÁ, J. *Speciální techniky sociální práce*. Praha: KUFR, 1995. ISBN 80-85529-15-7.
- KRÁLOVÁ, P. *Role a postavení sociálního pracovníka v týmu krizových služeb*.

- Diplomová práce. Praha: FF UK, 2002.
- KRAUSOVÁ, D. *Výroční zpráva 2005/2006 SVP Slaný*. [online] Slaný, 2006 [cit. 2007-05-15]. Dostupný z WWW:<[http://www.dud.cz/files/VZ\\_SVP\\_Slany.pdf](http://www.dud.cz/files/VZ_SVP_Slany.pdf)>
- LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: SZN, 1968.
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2.
- MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-83-6.
- MATĚJČEK, Z.; BUBLEOVÁ, V.; KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-89-1.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MPSV. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: Fokus, 2003. ISBN 80-86552-45-4.
- NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- PAULÍK, K. a kol. *Psychologické poradenství v sociální práci II*. Ostrava: REPRONIS, 2004. ISBN 80-7042-642-X.
- PAULÍK, K. *Psychologické poradenství v sociální práci*. Ostrava: REPRONIS, 2002. ISBN 80-7042-615-2.
- PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. Praha: G plus G, 1999. ISBN 80-86103-21-8.
- PRUŠA, L. a kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: Sosioklub, 1997. ISBN 80-902260-1-9.
- RIEGER, Z.; VYHNÁLKOVÁ, H. *Ostrov rodiny*. Hradec Králové: Konfrontace, 1996. ISBN 80-901773-8-7.
- RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178 370-6.
- ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: SLON, 1994. ISBN 80-85850-00-1.
- Sociální služby*. [online] MPSV [cit. 2007-04-12]. Dostupný z WWW:<<http://www.mpsv.cz/cs/9>>
- SOTONIAKOVÁ, E. *Teorie a metody sociální práce*. Ostrava: Repronis, 2005. ISBN 80-7368118-8.
- Standardy kvality sociálních služeb*. [online] MPSV [cit. 2007-04-12]. Dostupný

- z WWW:< <http://www.mpsv.cz/cs/1458>>
- Syndrom CAN*. [online] Dětské krizové centrum [cit. 2007-04-02]. Dostupný z WWW: <[http://www.dkc.cz/syndrom\\_can.php](http://www.dkc.cz/syndrom_can.php)>
- ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0586-9.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 2005. ISBN 80-86429-36-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178802-3.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178 696-9.
- VRTBOVSKÁ, P. *Moderní péče o ohrožené a opuštěné děti*. [online] Sociální práce, 2006, č.1, s. 37 -45.[cit. 2007-06-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.socialniprace.cz/pdf-prezentace/2006-1.pdf>>
- VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: KONFRONTACE, 1995. ISBN 80-901773-4-4.
- Výroční zpráva 2005/2006 DÚ Dobřichovice*. [online] Dobřichovice [cit. 2007-05 12]. Dostupný z WWW: < [http://www.dud.cz/files/VZ\\_DU\\_Dobri.pdf](http://www.dud.cz/files/VZ_DU_Dobri.pdf)>
- [www.dumtriprani.cz](http://www.dumtriprani.cz)
- [www.dkc.cz](http://www.dkc.cz)
- [www.fod.cz/stranky/klokanek/principy.htm#1](http://www.fod.cz/stranky/klokanek/principy.htm#1)
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. [online] NRZP, 2007 [cit. 2007-04-02]. Dostupný z WWW: <<http://nrzp.cz/zakon-o-socialnichsluzbach/>>
- Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně*. [online] Praha, 2005 [cit. 2007-04 20]. Dostupný z WWW: <<http://ley.cz/?s149&q149=all>>

### **Seznam příloh:**

**Příloha č. 1** – Smlouva o poskytování služby, Kontrakt

**Příloha č. 2** – Pobytový řád AD Přemysla Pittra pro děti

**Příloha č. 3** – Kontrakt o poskytování služby se sociálními pracovníky

**Příloha č. 4** – Vyhodnocení případu dítěte - tabulka

**Příloha č. 5** – Počty klientů v AD Přemysla Pittra pro děti - tabulka

**Příloha č. 6** – Fotografie AD Přemysla Pittra pro děti

**Příloha č. 1 – Smlouva o poskytování služby, Kontrakt**

## **Poskytovatel služby**

Dům tří přání, o.s. IČO: 265 444 31

Prostřednictvím Azylového domu Přemysla Pittra pro děti

**Karlovarská 337/18, Praha 6 – Ruzyně, 161 00**

**zastoupeného ředitelkou AD MUDr. Elenou Turnovskou, místopředsedkyní  
Sdružení a**

### **zákonný zástupce dítěte**

**Dítě**

**Jméno a příjmení:**

**Rodné číslo:**

**Trvalé bydliště:**

**Zákonný zástupce**

**Jméno a příjmení:**

**Rodné číslo:**

**Trvalé bydliště:**

uzavírají Dohodu o pobytu v Azylovém domě Přemysla Pittra pro děti podle ustanovení §51  
Občanského zákoníku.

### **I. Všeobecná ustanovení**

- 1.1 Tato smlouva je uzavřena ze svobodné vůle dítěte a jeho zákonného zástupce.
- 1.2 Pobyt v Azylovém domě není překážkou povinné školní docházky dítěte.
- 1.3 Doba pobytu v Azylovém domě je stanovena na maximálně tři měsíce.
- 1.4 Dobu pobytu v Azylovém domě je možno prodloužit na základě Dohody o prodloužení pobytu.
- 1.5 Nástupním dnem pobytu je ....., předpokládaný den ukončení pobytu je .....

## **II. Účel pobytu**

- 2.1 Na účelu pobytu se dohodnou dítě a zákonný zástupce s pověřeným pracovníkem Azylového domu v Kontraktu o poskytování služby.
2. 2. Kontrakt o poskytování služby je součástí této smlouvy.

## **III. Práva a povinnosti smluvních stran**

### **3.1 Poskytovatel služby se zavazuje**

- a) nést zodpovědnost za svěřené dítě do odchodu a po příchodu ze školy, z domova, případně z volnočasových aktivit, které nejsou organizované pracovníky Azylového domu
- b) zajistit po dobu pobytu dítěte v Azylovém domě
  - návaznost povinné školní docházky
  - celodenní stravu a ubytování
- c) zajistit komplexní péči výchovnou, psychoterapeutickou, sociálně-terapeutickou, poradenskou a další dle potřeby
- d) poskytnout zákonným zástupcům informace o všech závažných okolnostech týkajících se dítěte.

### **3.2 Uživatel služby se zavazuje**

- a) seznámit pracovníky Azylového domu se zdravotním stavem a všemi důležitými okolnostmi týkajícími se dítěte
- b) respektovat Pobytový řád Azylového domu, který je přílohou této smlouvy
- c) respektovat spolupráci pracovníků Azylového domu se zainteresovanými institucemi (pediatr, škola, OSP, atp.)
- d) v případě ukončení služby za podmínek stanovených v této smlouvě a návratu dítěte do rodiny převzít dítě v co nejkratší možné době
- e) aktivně spolupracovat s pracovníky Azylového domu a docházet na konzultace alespoň jedenkrát týdně, nebude-li dohodnuto jinak.
- f) nahlásit pracovníkům OSSP změnu výplaty přídavků na dítě – po dobu pobytu dítěte v Azylovém domě náležejí přídávky na dítě tomuto zařízení.

### **3.3 Práva klienta**

Mít kvalitní péči a služby bez ohledu na rasu, náboženství, sexuální orientaci, věk.

Být respektován ve své lidské důstojnosti.

Přístup ke všem vhodným terapeutickým metodám.

Vyjadřovat se k dění v Azylovém domě.

Získat informace o poskytované terapii a péči, jejím zaměření, smyslu a cíli.

### **3.4. Zákonní zástupci souhlasí, aby dítě samostatně docházelo do školy a na volnočasové aktivity.**

Poskytovatel služby souhlasí s tím, že zajistí docházku do školy a na volnočasové aktivity.

#### **IV. Ukončení a přerušení pobytu**

4.1 Řádné ukončení pobytu nastane

- a) splněním účelu pobytu podle článku II. této smlouvy
- b) v termínu stanoveném v bodu 1.5 této smlouvy.

4.2 Před uplynutím lhůty pobytu a před splněním účelu pobytu může být pobyt ukončen

- a) při opakovaném nebo hrubém porušení Pobytového řádu
- b) při hrubém porušení povinnosti zákonného zástupce podle článku III. této smlouvy
- c) na písemnou žádost zákonného zástupce
- d) na základě dohody smluvních stran
- e) v případě nespolupráce zákonného zástupce s pracovníky Azylového domu.

4.3 Pobyt může být přerušen

- a) v případě onemocnění dítěte (na základě doporučení lékaře)
- b) na základě dohody smluvních stran.

#### **V. Závěrečná ustanovení**

5.1 Nedílnou součástí této smlouvy je Pobytový řád Azylového domu.

5.2 Smlouva nabývá účinnosti dnem podpisu obou stran. Změny a dodatky této smlouvy vyžadují písemnou dohodu smluvních stran.

5.3 V ostatních záležitostech se tato smlouva řídí ustanoveními Občanského zákoníku a dalších právních předpisů.

V Praze dne:

.....  
za poskytovatele

.....  
zákonný zástupce



## Kontrakt o poskytování služby

Kontrakt o poskytování služby uzavírají klient, **rodiče a dítě – rodina**, s pracovníky Azylového domu.

Účelem kontraktu je **společně definovat potřeby a cíle rodiny** vzhledem k možnostem služby. Cílem pracovníků Azylového domu je pak **podpořit rodiče a dítě v naplňování této zakázky**.

Kontrakt je možné kdykoliv upravit ve spolupráci s rodinou a pracovníky Azylového domu.

Kontrakt není právně nijak závazný. Naznačuje způsob a průběh poskytování služby.

### Kontrakt uzavírají

a

za Azylový dům

**Chci, aby se změnilo:**

**Od AD očekávám:**

**Rozhodně nechci:**

**Společný plán:**

.....  
rodina

.....  
za Azylový dům

**Příloha č. 2 – Pobytový řád AD Přemysla Pittra pro děti**

# **Pobytový řád Azylového domu Přemysla Pittra**

**Nacházíš se v Azylovém domě Přemysla Pittra pro děti. Budeš zde po určitou dobu bydlet s jinými dětmi a proto je nutné, abys dodržoval následující pravidla:**

- ❖ V Azylovém domě **je zakázáno kouřit, pít alkohol, přinášet a užívat drogy**. Klient je povinen při podezření, že je pod vlivem omamné látky, podrobit se testování na přítomnost drogy v organismu. Při porušení tohoto pravidla bude pobyt klienta ukončen.
- ❖ **Jsou zakázány veškeré projevy fyzické agrese**. Při fyzickém napadení druhého člověka, podle závažnosti, bude pobyt klienta ukončen.
- ❖ V Azylovém domě **nejsou dovoleny sexuální kontakty** ani navazování milostných vztahů.
- ❖ **Je zakázáno přechovávání zbraní** a jiných nebezpečných předmětů (nožů, ostrých předmětů atp.)
- ❖ **Je zakázáno ničit vybavení** Azylového domu. Veškeré škody, které vzniknout v souvislosti s pobytem klienta v Azylovém domě, je klient povinen uhradit.
- ❖ **Je zakázáno manipulovat s ohněm** v prostorách Azylového domu.

\*

- ❖ Je nutné, abys poslouchal/la pokyny vychovatelů a všech pracovníků Azylového domu.
- ❖ Nesmíš bez vědomí vychovatele opouštět azylový byt.
- ❖ Není ti dovoleno vstupovat do kuchyně, kanceláří, prádelny a na zahradu bez dovolení vychovatele.
- ❖ Je zakázáno otevírat okna bez souhlasu vychovatele.
- ❖ Veškeré elektrospotřebiče můžeš používat jen se souhlasem vychovatele.
- ❖ Návštěvy na pokojích ostatních spolubydlících nejsou povoleny. Navštívit cizí pokoj je možné jen se svolením vychovatele a obyvatele. Prostorem pro společná setkávání jsou jídelna a herna.
- ❖ Chlapcům je zakázán vstup do koupelny děvčat a naopak.
- ❖ Nepůjčuj si cizí věci bez dovolení majitele.
- ❖ Je nezbytné, abys dodržoval/la pravidla slušného chování, nepoužíval/la sprostá slova a chodil/la přiměřeně oblečen/na.

- ❖ Je nutné, abys udržoval/la pořádek a čistotu. Dbáš o své věci, aby byly srovnané, přezouváš se a podílíš se na úklidu společných prostor. Čtvrtek je dnem Velkého Úklidu.
- ❖ Jídlo z mrazáku vybírá pouze vychovatel.
- ❖ Snažíš se vždy jíst to, co vychovatel připraví. Jídlo se konzumuje pouze v jídelně.
- ❖ Vlastní zásoby jídla a sladkostí odevzdáš vychovateli. Ten je uloží v kuchyni a označí jménem vlastníka.

\*

- ❖ Při nástupu do AD odevzdáš pracovníkovi ambulance osobní léky, kapesné, mobilní telefon, kartičku pojišťovny, občanský průkaz a všechny další cenné předměty. Vše bude uloženo v prostorách ambulance. Kapesné je vydáváno po domluvě s pracovníkem ambulance nebo s vychovatelem. Mobilní telefon dostaneš na dobu, kterou trávíš sám mimo azylový dům (škola, vycházka, propustka).
- ❖ Telefonování z AD a do AD má svá pravidla: rodinní příslušníci mohou volat každý den mezi 19 a 20 hodinou (max. však 10 min). Telefonáty z AD jsou možné v omezené míře po schválení pracovníkem ambulance.
- ❖ Všechny dopisy a jiné poštovní zásilky dítěte posílá jeho patron.
- ❖ Návštěvy je nutno domlouvat vždy alespoň jeden den předem s pracovníkem AD. Návštěvy jsou možné jen ve všední dny. Místností pro setkání s rodiči je návštěvní místnost v suterénu AD. S kamarády si můžeš hrát a povídat v jídelně a v herně.
- ❖ Možnost jít na vycházku se odvíjí od věku klienta, jeho chování v azylovém domě, přípravy do školy a toho, zda se můžeme na klienta spolehnout, že:
  - \* dodrží účel vycházky
  - \* dodrží smluvený čas návratu. Nejpozdější možný návrat z vycházky je v 18,00 hodin. To platí i pro návraty z víkendů.
  - \* vrátí se ve střízlivém stavu (tzn. nepil alkohol, nekouřil marihuanu, nepožíval žádné jiné drogy a omamné látky)
- ❖ Vycházky se domlouvají na poradě všech zaměstnanců AD a zvažují se všechny okolnosti a rizika. Vychovatel může domluvenou vycházku kvůli nevhodnému chování zrušit.
- ❖ Všichni, kdo bydlí v azylovém domě, musí respektovat denní rozvrh:

<b>Denní rozvrh</b>	
<b>6 – 8</b>	vstávání ( týká se to i těch dětí, které ráno nejdou do školy), hygiena, snídaně, odchod do školy
<b>8 – 12</b>	příprava do školy ( nebo jiný vzdělávací program připravený vychovatelem) a pomoc vychovatelům – to se týká dětí, které zůstávají v Azylovém domě
<b>12 – 14</b>	oběd, polední klid
<b>14 – 18</b>	učení 15 minut po příchodu ze školy, volný čas dětí, předem domluvené návštěvy kamarádů, program připravený vychovatelem,
<b>15.30</b>	Svačina
<b>18 – 19</b>	večeře
<b>19 – 20</b>	hygiena menších dětí ( 1. stupeň ZŠ )
<b>20.00</b>	večerka pro děti 1. stupně
<b>20 – 21</b>	hygiena větších dětí ( 2. stupeň ZŠ + SŠ )
<b>21.00</b>	večerka pro děti 2. stupně
<b>22.00</b>	večerka pro děti starší
	<b>noční klid</b> = zhasnuto a ticho v pokoji

**Porušení jakéhokoliv pravidla nebude tolerováno. Vychovatel je oprávněn stanovit přiměřený trest. Za pěkné chování a dodržování Pobytového řádu může být naopak udělena odměna.**

**Pokud mají klienti jakékoli připomínky, dotazy, přání a stížnosti, mohou je předkládat pracovníkům ambulance nebo anonymně formou schránky důvěry. Všechny výše uvedené skutečnosti budou řešeny buď osobně nebo na pravidelných komunitních setkáních.**

**MUDr. E. Turnovská, ředitelka**

**Příloha č. 3 – Kontrakt o poskytování služby se sociálními pracovníky**

## Kontrakt o poskytování služby

Kontrakt o poskytování služby uzavírají pracovníci Azylového domu Přemysla Pittra pro děti a sociální pracovník (-ce) OPD, OSPOD ÚMČ, MÚ.

**Účelem kontraktu je** společně definovat postupy a metody práce s rodinou – společným klientem - vzhledem k možnostem služby. Cílem pracovníků Azylového domu je odborně pracovat s rodiči a dítětem v naplňování této zakázky.

Kontrakt je možné kdykoliv upravit s ohledem na vyvíjející se situaci a nově vzniklé skutečnosti. Změna bude písemně zaznamenána v Kontraktu o změně poskytování služby.

Kontrakt končí v případě, že byl naplněn stanovený cíl služby nebo uplynutím sjednané doby, po kterou je služba poskytována a nebo dojde-li k vážnému porušení smluvených podmínek ze strany účastníků kontraktu.

### Kontrakt uzavírají

Pracovník (-ce) OPD, OSPOD:

a

Pracovník (-ce) Azylového domu Přemysla Pittra pro děti

### Cíl zakázky:

### Způsob poskytované služby:

1. Služby poskytované pracovníky AD

Postup:

Metoda:

## 2. Pracovníci OPD, OSPOD

### **Rozsah poskytované služby:**

### **Podmínky za nichž bude služba poskytována:**

Pracovník (-ce) Azylového domu se zavazuje:

- dodržovat smluvené podmínky poskytované služby,
- informovat pracovníky OSPOD či OPD o důležitých skutečnostech ve vztahu ke klientovi,
- spolupracovat na smluvených podmínkách poskytované služby.

Pracovník (-ce) OSPOD či OPD se zavazuje:

- dodržovat smluvené podmínky poskytované služby,
- informovat poskytovatele služby o důležitých skutečnostech ve vztahu ke klientovi i k poskytované službě,
- spolupracovat na smluvených podmínkách poskytované služby.

V Praze dne: .....

.....  
pracovník (-ce) OPD, OSPOD

.....  
za Azylový dům Přemysla Pittra



**Příloha č. 4 – Vyhodnocení případu dítěte - tabulka**

**Příloha č. 5 – Počty klientů v AD Přemysla Pittra pro děti – tabulka**

ROK 2003      září - prosinec					
věková skupina		3 - 6 let	6 - 10 let	10 -15 let	15 - 18 let
délka pobytu	1 - 3 dny	0	2	2	0
	do 2 týdnů	1	1	3	0
	do 3 měsíců	0	1	2	2
	nad 3 měsíce	0	1	2	0

ROK 2004 - klienti na pobytu					
věková skupina		3 - 6 let	6 - 10 let	10 -15 let	15 - 18 let
délka pobytu	1 - 3 dny	0	5	12	8
	do 2 týdnů	0	1	3	2
	do 3 měsíců	0	0	4	9
	nad 3 měsíce	0	2	3	3

ROK 2005 - klienti na pobytu					
věková skupina		3 - 6 let	6 - 10 let	10 -15 let	15 - 18 let
délka pobytu	1 - 3 dny	0	1	2	6
	do 2 týdnů	1	0	5	8
	do 3 měsíců	0	2	13	7
	nad 3 měsíce	0	1	4	0

ROK 2006 - klienti na pobytu					
věková skupina		3 - 6 let	6 - 10 let	10 -15 let	15 - 18 let
délka pobytu	1 - 3 dny	1	1	3	8
	do 2 týdnů	1	0	1	2
	do 3 měsíců	2	1	6	9
	nad 3 měsíce	1	2	7	0

ROK 2006 - klienti AD Přemysla Pittra pro děti					
věková skupina		3 - 6 let	6 - 10 let	10 -15 let	15 - 18 let
délka využití služby	1 - 3 dny	1	1	3	8
	do 2 týdnů	1	2	1	2
	do 3 měsíců	5	3	6	11
	nad 3 měsíce	2	3	7	1

**Příloha č. 6 – Fotografie AD Přemysla Pittra pro děti**

Budova Azylového domu z ulice Karlovarská



Budova Azylového domu ze zahrady



Ložnice pro menší děti v prvním patře



Ložnice pro starší děti v prvním patře





Obývací pokoj s knihovničkou pro děti v prvním patře



Knihovna v terapeutické místnosti v přízemí





Logo vyhotovené klientkou Azylového domu



## **Anotace**

Práce reaguje na nedostatek pobytových zařízení pro děti se syndromem CAN v České republice. Představuje proto azylový dům pro děti jako jedno z možných řešení tohoto problému.

První část práce začíná vymezením cílové skupiny klientů – dětí ve zvlášť obtížné situaci. Zvláštní pozornost je věnována dětem zanedbávaným, týraným a zneužívaným. Další kapitola se zamýšlí nad požadavky péče o takto poškozené děti, uvádí vývojové tendence problému a současné možnosti jeho řešení v České republice. První část práce je zakončena výběrem zařízení ze systému pobytových služeb pro děti v obtížné životní situaci.

Druhá část práce je zaměřena na představení fungujícího zařízení - Azylového domu Přemysla Pittra pro děti. Tomu předchází pokus o pojmové vymezení tohoto typu zařízení. Poté následuje základní charakteristika zmíněného zařízení, pohled na něj z perspektivy procedurálních standardů kvality sociální práce, popis jeho struktury s jednotlivými pracovními náplněmi. Nejrozsáhlejším je pokus o reflexi metodiky sociálně pedagogické práce v tomto Azylovém domě. Práce je zakončena autorčíným hodnocením představeného zařízení a shrnutím problematiky.

## **Annotation**

The thesis reacts on the lack of the facilities for the children with the CAN syndrome in the Czech republic. It shows the asyl house for the children as one of the possible solutions of this problem.

The first part of the thesis starts with the determination of the target group of clients - children in especially difficult situation. Special attention is paid to neglected, tormented and abused children. The following chapter is based on thinking about the claims of care about thus harmed children, it mentions developing tendencies of the problem and its actual possibilities of solution in the Czech republic. The first part of the thesis is finished by the choice of several facilities from the system of facilities for the children in the difficult situation of life.

The second part of the thesis is focused on the introduction of the particular facility - The Premysl Pitter's Asyl House for the children. Before this there is an attempt of the conceptual definition of this kind of facility. After that there follow basic characteristics of mentioned facility, view of it from the perspective of procedural standards of quality of the social services, the description of its structure with particular stocks of the work. The largest part contains an attempt of the reflection of methodology of the social - pedagogical work in this asyl house.

The thesis is closed by the author's rating of the presented facility and the problem's summary.